

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller

Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik  
Leitung: Professor Dr. Michael Ermann

**Kriegskindheit im Zweiten Weltkrieg und  
heutige psychosomatische Belastung  
durch posttraumatische und komorbide Symptome**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Andrea Bauer  
aus Lehrte

München 2009

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München**

Berichterstatter: Prof. Dr. Michael Ermann

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Florian Mildemberger

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 19. 02. 2009

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Theoretische Grundlagen / Stand der Forschung .....</b>	<b>3</b>
2.1 Trauma.....	3
2.1.1 Traumatisches Ereignis.....	3
2.1.2 Traumaverarbeitung.....	4
2.1.3 Salutogenese/ Schutz- und Risikofaktoren .....	5
2.1.4 Multifaktorielles Rahmenmodell.....	6
2.2 Traumafolgestörungen.....	7
2.2.1 Akute Belastungsstörung.....	7
2.2.2 Chronische Belastungsstörungen.....	8
2.2.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) .....	8
2.2.2.2 Komorbide Störungen .....	9
2.3 Traumatisierung durch Kriegsereignisse .....	9
2.3.1 Auswirkungen von Kriegsereignissen auf Erwachsene / Soldaten .....	9
2.3.1. Auswirkungen von Kriegsereignissen auf Kinder.....	10
2.3.3 Alterungsprozess und frühere Traumatisierung .....	13
<b>3. Hypothesen.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Material und Methoden .....</b>	<b>23</b>
4.1 Beschreibung der Stichprobe.....	23
4.2 Messinstrumente .....	27
4.2.1 Die SCL-90-R.....	27
4.2.2 Die PDS und die mPDS.....	28
4.3.3 Der Fragebogen zur Kriegskindheit .....	31
4.4 Statistische Methoden / Auswertung der Daten .....	33
<b>5. Ergebnisse .....</b>	<b>34</b>
5.1 Kriegserlebnisse.....	34
5.1.1 Spezifische Erlebnisse aus dem Fragebogen zur Kriegskindheit .....	34

---

5.1.2.	Kategorisierung der Kriegserlebnisse.....	35
5.1.3.	Alter der Probanden beim schlimmsten Kriegserlebnis .....	36
5.2.	Heutige Symptomatik der Kriegskinder .....	36
5.2.1.	Posttraumatische Belastungsstörung .....	36
5.2.2.	SCL90-komorbide Beschwerden.....	37
5.2.3.	Zusammenhang zwischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden Beschwerden.....	39
5.3.	Kriegserlebnisse und heutige posttraumatische und/ oder komorbide Symptomatik	42
5.3.1	„Fragebogen zur Kriegskindheit“: Kriegserlebnisse/ kriegsbedingte Familiensituation und heutige Symptomatik (PTSD und komorbide Belastung).....	42
5.3.2.	Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erfahrungen.....	50
5.3.3.	Traumatische und heutige psychische Belastung: .....	51
5.3.	Fragebogen zur Kriegskindheit: „subjektive Einstellungen“ und heutige Symptomatik.....	52
5.4.1.	Antwortprofil „subjektive Einstellungen“ und heutige posttraumatische Symptomatik.....	53
5.4.2.	Antwortprofil „subjektive Einstellungen“ und heutige komorbide Belastung .....	54
<b>6.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>57</b>
6.1.	Heutige Symptombelastung der Kriegskinder.....	57
6.2.	Kriegserlebnisse und heutige posttraumatische / komorbide Symptomatik.....	58
6.2.1.	Fragebogen zur Kriegskindheit: Kriegserlebnisse / kriegsbedingte Familiensituation und heutige Symptomatik (PTSD und komorbide Belastung).....	58
6.2.2.	Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erlebnisse und heutige posttraumatische/ komorbide Symptomatik .....	60
6.2.3.	Traumatische und heutige Belastung.....	61
6.3.	Subjektive Einstellungen und heutige posttraumatische und komorbide Belastung.	61
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>63</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>65</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>69</b>
9.1	Fragebogen zur Kriegskindheit .....	70

9.2. Traumafragebogen mPDS .....	80
9.3. Kategoriensystem kriegsbedingter Erfahrungen.....	84
<b>10. Erklärung .....</b>	<b>85</b>
<b>11. Lebenslauf .....</b>	<b>86</b>

# 1. Einleitung

Die Erfahrungen der Kriegskinder des zweiten Weltkrieges, d.h. der Generation der zwischen 1933 und 1945 Geborenen, sind nach langem Schweigen in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt der Öffentlichkeit geraten, wie zahlreiche Dokumentationen und Bücher zu dieser Thematik sowie eine Reihe von wissenschaftlichen Publikationen zeigen. Gleichzeitig scheinen viele Kriegskinder selbst bis heute bestrebt zu sein, ihre Kriegserlebnisse zu bagatellisieren und zur Normalität zu erklären.

Die Verstrickungen der Elterngeneration in die Gräueltaten des Nationalsozialismus und das Unvermögen, sich nach Kriegsende mit der eigenen Schuld auseinander zu setzen, hat nach Mitscherlich (1977) diesen ein echtes Betrauern der eigenen Verletzungen und Verluste unmöglich gemacht. Kinder, die nach schrecklichen Kriegserlebnissen in einem Klima der Verleugnung von Schuld und Traumatisierung aufwuchsen, fanden bei den Eltern keine Spiegelung ihrer Gefühle (Ängste, Trauer), was zu einem „inneren Verbot“ führte, selbst zu fühlen“ (Ermann, 2004). Vor diesem Hintergrund wird die Ambivalenz der Kriegskinder mehr als verständlich, dringend von den Kriegserlebnissen berichten zu wollen und gleichzeitig auf emotionaler Ebene „die Schotten dicht zu machen“.

Aus diesen Bedingungen heraus entwickelte sich eine Kriegskindheitsidentität, die Ermann zufolge durch einen Mangel an Selbsteinfühlung und Gefühlsferne eigenen Empfindungen gegenüber gekennzeichnet ist. Rücksichtslosigkeit gegenüber sich selbst, z. B. in der Bagatellisierung körperlicher Beschwerden und Erkrankungen, aber auch soziale Angepasstheit und „Funktionieren“ gehören dazu.

Verschiedene Studien zu den langfristigen Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs auf die Kriegskindergeneration zeigen deutliche Beeinträchtigungen der Lebenszufriedenheit sowie posttraumatische und depressive Symptome (Brähler et al., 2000, Kuwert et al., 2006). Dieser chronische Stress, verbunden mit der oben beschriebenen Dissimulations-tendenz birgt ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen (Greb, T. et al., 2000).

Die vorliegende Arbeit aus dem Kriegskindheitsprojekt an der LMU München soll einen Beitrag dazu leisten, Zusammenhänge zwischen den damaligen Kriegsereignissen und heutigen posttraumatischen und komorbiden Belastungen näher zu beleuchten.

Ziel der Arbeit ist es, anhand von 60 Teilnehmern des Kriegskindheitsprojekts die Frage zu erörtern, ob und in welchem Ausmaß traumatische Kriegs- und Nachkriegsereignisse noch heute oder heute wieder Einfluss auf die psychische und psychosomatische Gesundheit der ehemaligen Kriegskinder haben, und inwieweit spezifische Schutz- oder Risikofaktoren moderierend wirken können.

Im theoretischen Teil der Arbeit wird zunächst der Traumabegriff erläutert. Der Prozess der Traumaverarbeitung sowie die Bedeutung moderierender Schutz- und Risikofaktoren

---

für den posttraumatischen psychischen Prozess wird beschrieben und anhand eines multifaktoriellen Rahmenmodells (Maercker, 1997) mit den Traumafolgestörungen in Beziehung gesetzt. Weiterhin wird der Forschungsstand zu Aspekten der Traumatisierung durch Kriegsereignisse und insbesondere der Traumatisierung von Kindern durch Kriegsereignisse dargestellt. Theoretische Überlegungen und Forschungsergebnisse zu Alterungsprozess und früherer Traumatisierung bilden den Abschluss dieses Kapitels.

Es folgt die Formulierung der Hypothesen, die Beschreibung der Stichprobe und der eingesetzten Untersuchungsinstrumente, sowie die ausführliche Ergebnisdarstellung.

Nachfolgend werden die Ergebnisse im Licht der theoretischen Überlegungen und der Darstellung der Forschungsliteratur diskutiert.

## 2. Theoretische Grundlagen / Stand der Forschung

### 2.1 Trauma

Nach Freud (1915) bezeichnet ein psychisches Trauma eine schwere psychische Verletzung, die durch ein breites Spektrum an Ereignissen und Erfahrungen hervorgerufen werden kann. Die wichtigsten, sich ergänzenden Aspekte einer Traumatisierung sind das objektive *Traumaereignis*, das subjektive *Traumaerleben* des Menschen, der mit einem Traumaereignis konfrontiert ist, und die *Traumafolgen*, die sich daraus entwickeln können. (Ermann, 2007).

An dieser Stelle soll nicht auf die verschiedenen Traumamodelle und Überlegungen zum Traumbegriff eingegangen werden, da sie nicht Gegenstand dieser Untersuchung sind. Hierzu sei auf die gängigen Lehrbücher zur Psychotraumatologie verwiesen. Unter den für die vorliegende Arbeit wichtigen Gesichtspunkten wird ein Überblick über traumatische Ereignisse, Traumaverarbeitung, moderierenden Schutz- und Risikofaktoren sowie Traumafolgestörungen gegeben.

#### 2.1.1 Traumatisches Ereignis

Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR, 2003) wird das traumatische Ereignis beschrieben als: „Potentielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Versehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“.

Es folgt eine Bespielliste, die ausdrücklich keine Begrenzung darstellt:

1. *Kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall, Straßenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit.“ Bei Kindern auch „unangemessene sexuelle Erfahrungen ohne angedrohte oder tatsächliche Gewalt oder Verletzung.*
2. *Die Beobachtung von schweren Verletzungen oder eines unnatürlichen Todes bei einer anderen Person durch gewalttätigen Angriff, Unfall, Krieg oder Katastrophe oder der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder toten Körperteils.*
3. *Das Hören von Ereignissen bei anderen Menschen, wie z.B.: „gewalttätige persönliche Angriffe, schwere Unfälle oder schwere Verletzungen, die einem Fa-*



*milienmitglied oder einer nahestehenden Person zugestoßen sind, vom plötzlichen unerwarteten Tod eines Familienmitgliedes oder einer nahestehenden Person zu hören, oder zu erfahren, dass das eigene Kind an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet.“*

Traumatische Erlebnisse sind sehr häufig. Untersuchungen in den USA von Resnik (1993 in Ermann, 2003) und Elliot&Briere (1995 in van der Kolk, 2000) gehen davon aus, dass mehr als zwei Drittel der Erwachsenen in ihrem Leben einem traumatischen Erlebnis bzw. extremer Belastung ausgesetzt sind.

Alle genannten Traumata können psychische Folgen im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung nach sich ziehen. In verschiedenen Untersuchungen hat sich aber gezeigt, dass bestimmte Ursachen und Verlaufsformen der Traumatisierung zu schwereren und chronischen Folgestörungen führen können als andere, weshalb eine Klassifizierung nach diesen Gesichtspunkten sinnvoll ist (Maercker, 1997):

- o Ein menschlich verursachtes Trauma hat häufig schwerwiegendere Störungen zur Folge als ein zufälliges Trauma wie z. B. eine Naturkatastrophe.
- o Kurzfristige und unerwartete Traumata (Typ I) haben häufig weniger schwere Störungen zur Folge als anhaltende und wiederholte Traumatisierungen (Typ II).

Das Zusammenwirken verschiedener einfacher Traumata oder belastender Lebensereignisse kann ebenfalls zu chronischen posttraumatischen Störungen führen (Ermann, 2007):

- o Addition mehrerer traumatogener Ereignisse (additives Trauma)
- o Kumulieren mehrerer, allein nicht traumatogener Ereignisse (kumulatives Trauma)
- o Zeitliche Aufeinanderfolge mehrerer traumatogener Ereignisse (sequentielles Trauma)

Die meisten kriegsbedingten Traumata erfüllen eine oder mehrere der genannten Bedingungen.

### **2.1.2. Traumaverarbeitung**

In diesem Abschnitt soll in Anlehnung an Ermann 2007 ein kurzer Überblick über die Prozesse der Traumaverarbeitung sowie über die daraus resultierenden Störungsbilder gegeben werden.

Nach Fischer & Riedesser (2003) beinhaltet schon das Trauma selbst eine objektive äußere Kategorie (definierbares Ereignis) und eine subjektive Kategorie des Erlebens. Letztere wird von einer Vielzahl von Faktoren, wie z.B. dem Alter und Reifegrad zum Zeitpunkt der Traumatisierung, dem Gefühl von (Rest-)Kontrolle und Handlungsfähigkeit in der

traumatischen Situation etc. mitbestimmt. Dies bedeutet, der Prozess der Traumaverarbeitung beginnt mit dem Erleben der traumatischen Situation.

Diese ist nach Freud durch plötzliche oder andauernde Reizüberflutung, Lähmung des Ich und Außerkraftsetzung seiner Bewältigungsfunktionen gekennzeichnet. Das Wahrwerden unbewusster archaischer Ängste und Phantasien verwischt die Grenze zwischen Phantasie und Realität, die Fähigkeit, zwischen innen und außen zu unterscheiden, bricht zusammen. Realitätsverlust und Orientierungslosigkeit bis hin zur psychotischen Desorientiertheit sind die Folge.

Auf neuroanatomischer und neurohormonaler Ebene können traumatische Ereignisse Veränderungen zur Folge haben, die für die spezifische Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung mit verantwortlich sind. So kann das Hippokampusvolumen vermindert sein, was mit einer Beeinträchtigung des expliziten Gedächtnisses einhergeht. Ebenso kann die Aktivität des Broca-Sprachzentrums vermindert sein, während die Amygdala als Ort affektiver Bewertungen eine vermehrte Aktivität zeigen kann. Eine Dysregulation des Katecholamin- Glucocorticoid- und Serotonin-Systems hat in Belastungssituationen eine niedrigere Reizschwelle sowie eine verstärkte und prolongierte Stressantwort zur Folge.

Während des Traumas kommt es bei den meisten Menschen zu einer peritraumatischen Dissoziation, die letztlich einen Schutzmechanismus für das „aufs Äußerste bedrohte Selbst“ darstellt, einer Art Schreckstarre, wo Kampf oder Flucht nicht mehr möglich sind.

### **2.1.3. Salutogenese/ Schutz- und Risikofaktoren**

Unter günstigen Umständen (begrenztes Trauma, protektive Faktoren ) kann das Trauma nach ausreichender Bewältigungsarbeit auf kognitiver, emotionaler und Handlungsebene langsam in die eigene Erfahrungswelt integriert werden, ohne dass eine chronische posttraumatische Störung entsteht. Im folgenden Abschnitt sollen aus der Forschung bekannte Schutz- und Risikofaktoren kurz dargestellt werden, die moderierend auf den posttraumatischen Verarbeitungsprozess wirken können.

Der *Kohärenzsinn* (Antonovsky, 1997) bezeichnet die kognitive Fähigkeit, die traumatischen Geschehnisse geistig einordnen, verstehen und mit Sinn füllen zu können . Diese Fähigkeit kann sowohl peritraumatisch als auch wesentlich später eine Schutzwirkung entfalten, d.h. auch in der untersuchten Stichprobe kann der Kohärenzsinn eine wichtige Rolle spielen, auch wenn die Probanden zum Traumazeitpunkt selbst in der Regel zu jung für diesen kognitiven Prozess waren.

*Soziale Unterstützung* in verschiedener Form, wie z.B.: sichere Beziehungen zu primären Bezugspersonen, emotionaler Beistand, öffentliche Wertschätzung etc., ist ein wesentlicher Faktor für die Integration des Traumas. Studien haben gezeigt, dass insbesondere emotio-

naler Beistand bei der Traumabewältigung einen protektiven Einfluss hat (Schützwohl & Maercker, 1997).

*Persönliche Bewältigungsstile*, die mit Offenheit / Offenlegung der traumatischen Erinnerungen einhergehen, haben ebenfalls eine schützende Wirkung. Die Untersuchungen von Pennebaker (1989) konnte zeigen, dass das Reden über ein Trauma die subjektive Befindlichkeit verbesserte.

Als Risikofaktoren können neben dem Fehlen der oben genannten Schutzfaktoren das Alter zum Traumatisierungszeitpunkt (s.a. Kapitel 2.4), frühere belastende Erfahrungen, frühere psychiatrische Störungen und niedrige sozioökonomische Schichtzugehörigkeit gelten (Maercker, 1997, Fischer & Riedesser, 2003).

#### **2.1.4. Multifaktorielles Rahmenmodell**

Die grundsätzliche Frage lautet, warum nicht alle Menschen, sondern nur ein Teil infolge eines traumatischen Ereignisses eine posttraumatische Belastungsstörung und / oder eine komorbide Symptomatik (s. Abschnitt 2.2) entwickeln. Dazu gibt das nachfolgende Rahmenmodell von Maercker (1997) Auskunft.

Es ist aus der Forschung bekannt, dass die Schwere des Traumas mit den Folgen in direkter Beziehung steht (Dosis-Wirkungsbeziehung). Weitere Faktoren des Traumas, wie z. B. die Vorhersehbarkeit bzw. Unerwartetheit des Ereignisses und die Kontrollierbarkeit der Situation während des Traumas sind von Bedeutung, wobei Vorhersehbarkeit und (subjektive) Kontrollierbarkeit der Traumaereignisse später mit geringerer Symptomausprägung oder besserer Behandelbarkeit der Symptomatik einhergingen (Foa, 1992, Ehlers, 1997).

Diese Ereignisfaktoren wirken auf die posttraumatischen psychischen Prozesse, welche ihrerseits in Wechselwirkung mit den im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Schutz- und Risikofaktoren stehen (s. Abbildung 1). Als Folge dieses Gesamtprozesses können verschiedene Störungsbilder entstehen. Oft kommt es aber nach einer kurzen Phase akuter Belastungssymptome zu einer Stabilisierung ohne weitere Folgestörungen. Einige Autoren berichten sogar von persönlichen Reifungsprozessen, die bei Traumatisierten durch die Ereignisse ausgelöst worden seien (Frankl, 1973, Maercker, 1997).

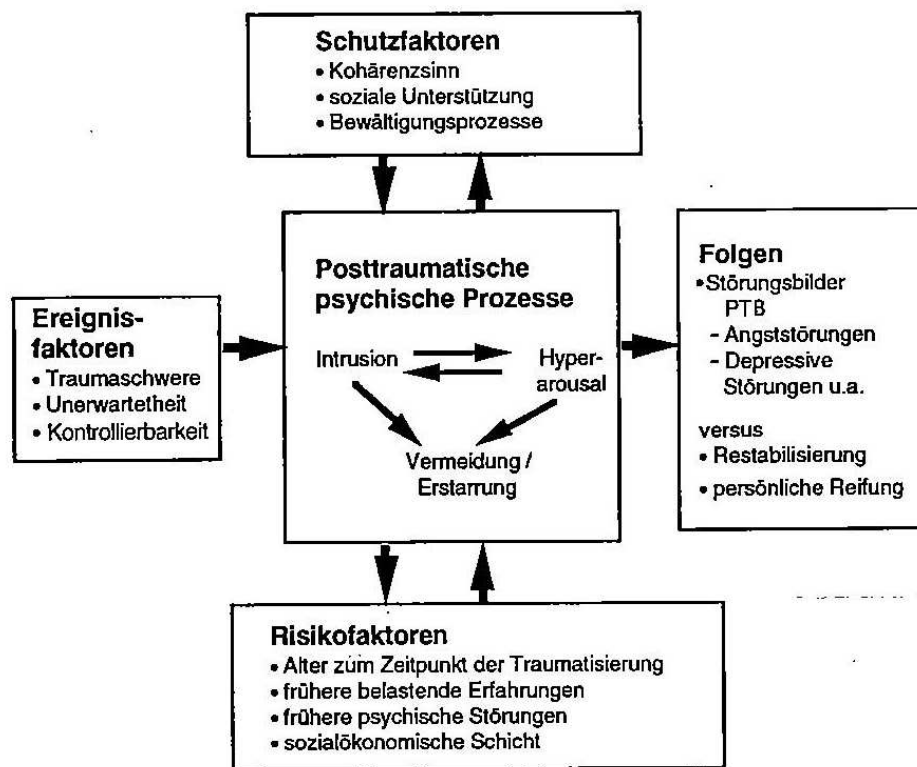


Abbildung 1: Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Maercker, 1997)

## 2.2. Traumafolgestörungen

### 2.2.1. Akute Belastungsstörung

Mehr als 50 % der von einer Traumatisierung betroffenen Menschen entwickeln eine akute Belastungsstörung, die jedoch auch ohne Behandlung in der Hälfte der Fälle innerhalb eines Jahres wieder abklingt (Ermann, 2007).

Eine akute Belastungsstörung kann innerhalb von Minuten bis Tagen nach der Traumatisierung auftreten und ist charakterisiert durch eine insgesamt polymorphe Symptomatik mit dissoziativer Reaktion, Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie Angst und Depression, wobei ein schneller Symptomwechsel häufig ist. Eine ausgeprägte peri- und posttraumatische Dissoziation mit Stupor, Selbstaufgabe und der Einordnung der Geschehnisse als unkontrollierbar und unvorhersehbar scheint ein Prädiktor für die spätere Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sein. (Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung, 2001)

### **2.2.2. Chronische Belastungsstörungen**

Eine chronische posttraumatische Störung entwickeln etwa 25 % der von einer Traumatisierung Betroffenen, wobei die Art des Traumas eine wichtige Rolle spielt. Untersuchungen von Kessler et al. (1995) an einer amerikanischen und Perkonig & Wittchen (1997) an einer deutschen Stichprobe zeigten, dass nach Traumatisierung durch Vergewaltigung die Kriegsteilnahme als Soldat oder Zivilist das zweitpathogenste Trauma ist.

Chronische Belastungsstörungen können aus einer akuten Belastungsreaktion hervorgehen, aber auch Jahre oder sogar Jahrzehnte später neu auftreten oder einen episodischen Verlauf nehmen. Zur erneuten oder erstmaligen späten Exazerbation der Symptomatik führen häufig die sich verändernden Lebensumstände im Alterungsprozess (s. Abschnitt 2.3.3)

Im folgenden sollen die Störungsbilder, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind, kurz dargestellt werden. Auf Erläuterungen zur Posttraumatischen Persönlichkeitsstörung und zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung wurde verzichtet.

#### **2.2.2.1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)**

Die PTSD ist ein Störungsbild mit klar definierten ätiologischen Voraussetzungen. Infolge eines Traumas kommt es mehr oder weniger verzögert zu einem spezifischen Symptomkomplex. Im ICD10 wird gefordert, dass die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis auftreten, nur in „einigen speziellen Fällen“ kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden. Dagegen gibt das DSM IV kein solches Zeitkriterium vor, die Symptome müssen lediglich länger als einen Monat anhalten. In der vorliegenden Arbeit habe ich mich an den DSM IV-Kriterien orientiert, die denen der ICD10 ansonsten aber weitgehend entsprechen.

Die Symptome können drei Clustern zugeordnet werden:

- o Cluster B: Intrusionen (wiederkehrende Erinnerungen, Bilder, Alpträume, Gefühl des Wiedererlebens)
- o Cluster C: Vermeidung von traumassozierten Reizen oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität
- o Cluster D: erhöhtes Arousal (Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion.

Symptome aus allen drei Clustern müssen „beharrlich“ oder anhaltend vorhanden sein und in einer bedeutsamen Weise zu Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen führen.

Die Lebenszeitprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung beträgt 7,8%, wobei Frauen mit 10,4% eher betroffen sind als Männer (5,0%). ( Kessler et al. 1995).

### **2.2.2.2. Komorbide Störungen**

Eine reine PTSD-Symptomatik ist selten, bei über 75% der Betroffenen kommen weitere komorbide Symptome wie z.B. somatoforme Störungen, Angststörungen, depressive Störungen oder Dissoziation hinzu.

Als pseudoneurotische posttraumatische Störungen werden diese Symptomkomplexe bezeichnet, wenn sie eine (möglicherweise verdeckte) traumatische Genese haben, ohne posttraumatische Symptome im engeren Sinne auftreten oder nach Rückbildung der PTSD-Symptome persistieren. (Ermann, 2007)

Vor diesem Hintergrund wurden bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen traumatischen Ereignissen und heutiger Symptomatik alle Probanden mit „komorbider“ Symptomatik in die Betrachtung mit einbezogen, d.h. auch Probanden mit komorbider (pseudoneurotischer) Symptomatik ohne manifeste posttraumatische Belastungsstörung.

## **2.3. Traumatisierung durch Kriegereignisse**

### **2.3.1. Auswirkungen von Kriegereignissen auf Erwachsene / Soldaten**

Traumatisierungen durch Kriegereignisse bergen das zweithöchste Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung nach sich zu ziehen.

Die direkten Auswirkungen und die Folgen von Kriegereignissen für Soldaten und Zivilbevölkerung sind vielfältig (z.B. Gefechte, Bombardierung ziviler Ziele, Mangel an Nahrung/Wasser/medizinischer Hilfe, Trennung oder Verlust von Angehörigen oder nahen Bezugspersonen, Zusammenbruch haltgebender öffentlicher Strukturen, Heimatverlust etc.).

Am besten sind die Auswirkungen von Kriegshandlungen auf Soldaten dokumentiert, die Geschichte dieser Beschreibungen ist zugleich in großen Teilen die Geschichte der PTSD. Im ersten Weltkrieg traten bei Soldaten aller beteiligten Nationen in großer Zahl in diesem Zusammenhang bisher unbekannte Symptome auf, die man zunächst auf eine „zerebrale Irritation“ infolge der Luftdruckzunahme bei Granatenexplosionen zurückführte, daher der Begriff „shell shock“ (Fischer/Riedesser S.313).

Beeinflusst von den Überlegungen Babinskis hielten viele französische und deutsche Psychiater die Symptomatik für Simulation und für einen Mangel an Willen, gesund zu werden (van der Kolk). Entsprechend bestand die „Behandlung“ darin, die Abwesenheit vom Schlachtfeld möglichst aversiv zu gestalten, um eine schnelle Rückkehr an die Front zu bewirken.

In der Nachkriegszeit wurde v. a. durch Bonhoeffer (1926 in v. d. Kolk, 2000) die Hypothese der „vererblichen Prädisposition“ und nicht die traumatischen Ereignisse als wichtiger Faktor für die Entstehung der Symptomatik angesehen, zudem auch die Aussicht auf mögliche Entschädigungsleistungen („Das Gesetz ist die Ursache der Unfallneurosen“). Dies führte zu dem, dass lt. Reichsversicherungsordnung von 1926 traumatische Neurosen nicht entschädigt wurden, eine Auffassung, die sich bis 1959 unverändert hielt, zum anderen bestand zumindest in der deutschen psychiatrischen Forschung auch weiterhin kaum Interesse an der Untersuchung der möglichen Zusammenhänge zwischen Trauma und Symptomatik (van der Kolk S. 74ff).

Unter den wenigen, die sich weiterhin mit den Kriegsneurosen beschäftigten, ist vor allem Abraham Kardiner (1941, 1947 in v.d. Kolk 2000) zu nennen. Er behandelte zunächst amerikanische Soldaten, die im I. Weltkrieg traumatisiert wurden und führte später klinische Beobachtungen an Soldaten des II. Weltkrieges durch. Kardiner beschrieb den Symptomkomplex sehr genau und leistete einen wichtigen Beitrag zur Definition der Störung. Seine Erkenntnisse hatten zumindest für die US-Soldaten eine adäquatere Behandlung zur Folge, als dies bisher der Fall war. Es mussten weitere 25 Jahre vergehen, bis infolge der massiven Symptome von amerikanischen Soldaten des Vietnam-Krieges die Kriegsfolgen-Thematik an Bedeutung gewann und schließlich das PTSD Konzept als eigenständige Diagnose erstmals 1980 Aufnahme in das DSM III fand (van der Kolk).

Während die Symptomatik der Soldaten schon allein aufgrund der Bedeutung für deren Einsatzfähigkeit einige Aufmerksamkeit erfuhr, sind die möglichen psychosomatischen Auswirkungen von Kriegseignissen für die Zivilbevölkerung bisher weniger untersucht worden.

### **2.3.1. Auswirkungen von Kriegseignissen auf Kinder**

Laut UNICEF wurden in den Jahren 1986-1996 weltweit ca. 2 Millionen Kinder in Kriegsgebieten getötet und ca. 6 Millionen Kinder verletzt oder dauerhaft beeinträchtigt (Barenbaum, Ruchkin & Schwab-Stone, 2004).

Dennoch sind die Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf Kinder insgesamt nur wenig untersucht worden (Fischer & Riedesser, 2003). Insbesondere die Folgen komplexer Traumatisierungen, wie sie durch Kriegseignisse hervorgerufen werden können, fanden erst seit der Aufnahme der PTSD in das DSM III 1980 und verstärkt in den letzten zwei Jahrzehnten größere Beachtung.

Dies mag damit zusammenhängen, dass einerseits in Krisenzeiten diejenigen, die sich am wenigsten Gehör verschaffen können, auch übersehen werden, andererseits besteht bei der von einem Krieg betroffenen und traumatisierten Erwachsenengeneration möglicherweise auch die unausgesprochene Hoffnung, wenigstens die Kinder könnten unbeschadet aus der Katastrophe hervorgegangen sein, was sich in Äußerungen wie: „Die Kinder waren noch

so klein, die haben das alles nicht mitgekriegt“, „die waren trotzdem immer fröhlich“ niederschlägt (Äußerungen der „Kriegeseltern“-Generation).

Bereits 1941 beschrieb Bodmann bei Kindern in einem direkt bombardierten Krankenhaus noch Wochen nach dem Angriff bei 61 % psychische Symptome (Bodman, 1941). Die ersten systematischen Beobachtungen zu den Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf kleine Kinder machten Anna Freud und Dorothy Burlingham während der deutschen Luftangriffe auf London im zweiten Weltkrieg. Untersucht wurden Kinder, die Luftangriffe im Bunker gemeinsam mit ihren Eltern oder stabilen Bezugspersonen erlebten im Vergleich zu Kindern, die evakuiert wurden, d.h. die zwar keine unmittelbaren Luftangriffe erlebten, dafür aber längere Zeit von ihren Eltern oder nahen Bezugspersonen getrennt waren. Das damals überraschende Ergebnis war, dass die Trennung von den Bezugspersonen weitaus belastender für die Kinder war als das Erleben der Bombenangriffe im Schutz der (in diesem Fall als psychisch stabil eingeschätzten) Eltern / nahen Bezugspersonen (Freud, Burlingham, 1943).

Seit der Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung in das DSM III 1980 und verstärkt in den letzten zwanzig Jahren wurde eine Reihe von Studien zu den psychischen Folgen von Kriegsereignissen bei Kindern durchgeführt. Die Prävalenz posttraumatischer Symptome (Angststörungen allgemein, PTSD, Depression, gewalttätiges Verhalten, Somatisierung) wird in den einzelnen Studien sehr unterschiedlich angegeben und reicht von 22% bei israelischen Kindern nach SCUD-Missiles-Angriffen (Laor, 1997), 27 % bei libanesischen Kindern die beschossen wurden (Saigh, 1991) über 48% bei kambodschanischen Kindern (Kinzie, Sack et al, 1986 ) und 70 % bei kuwaitischen Kindern 5 Monate nach der militärischen Besetzung des Landes (Nader & Pynoos, 1993) bis hin zu 94 % bei vertriebenen bosnischen Kindern (Goldstein, Wampler & Wiese, 1997).

Das Ausmaß der posttraumatischen Symptomatik scheint mit der Zahl und Schwere der Kriegserlebnisse zu korrelieren (Hadi & Llabre, 1998, Laoer, Wollmer & Cohen, 2001). Zu den langfristigen Auswirkungen von Kriegstraumatisierungen auf Kinder existieren nur wenige Studien:

- o Thabet und Vostanis (1999) untersuchten die Auswirkungen von Kriegsereignissen auf Kinder im Gaza-Streifen. Hier zeigten anfangs 40% der Kinder PTSD-Symptome, innerhalb eines Jahres konnte jedoch ein Rückgang auf 10% beobachtet werden.
- o In einer Studie zu den Auswirkungen von Kriegsereignissen auf Kinder im Libanon konnten Macksoud und Aber (1996) noch 10 Jahre nach den Ereignissen bei 43% der Kinder posttraumatische Symptome nachweisen.
- o Dyregrov, A., Gjestad, R. & Raundalen, M. (2002) untersuchten irakische Kinder, die die Bombardierung eines Luftschutzbunkers überlebten. Der Angriff forderte



mehr als 1000 Todesopfer. Noch 80 % der betroffenen Kinder zeigten nach zwei Jahren deutliche PTSD-Symptome.

- o Kuterovac-Jagodic (2003) untersuchte kroatische Kinder. Hier fand sich bei den Kindern, die anfangs sehr schwere PTSD-Symptome zeigten auch nach 2,5 Jahren bei 78% eine mittlere oder hohe Symptomstärke. Diejenigen Kinder, die anfangs nur geringe Symptome aufwiesen, hatten auch nach 2,5 Jahren eine milde bis mittlere Symptomatik.

Die unterschiedlichen Ergebnisse der Studien bezüglich der langfristigen Symptomatik hängen nach Barenbaum von verschiedenen Faktoren ab. Hier sind die uneinheitlichen Studiendesigns zu nennen, die Stichprobenauswahl, deren Symptomschwere zu Beginn von Studie zu Studie sehr verschieden ist, aber auch die unterschiedlichen Bedingungen der betroffenen Kinder nach Beendigung der Kriegssituation (z. B. psychosoziales Milieu, Flüchtlingsstatus, unterstützende Angebote etc.) und nicht zuletzt das Alter der Kinder während der Traumatisierung (Barenbaum 2003).

In vielen Studien wird betont, dass nicht nur die direkte Kriegseinwirkung sondern vielmehr auch die Folgeerscheinungen des Krieges wie z.B. Zerstörung des sozio-ökonomischen Status, Trennungen von Familienmitgliedern oder nahen Bezugspersonen, Heimatverlust, Mangelernährung und Krankheiten zur Entwicklung von Belastungssymptomen bei Kindern und deren Familien beitragen bzw. diese aufrechterhalten (Shaw 2003).

Bezüglich der Frage, ob Kinder weniger oder mehr durch Kriegstraumata belastet sind als Erwachsene, sind die Studienergebnisse uneinheitlich. Grundsätzlich besteht aber die Annahme, dass kleinere Kinder vulnerabler sind als Jugendliche oder Erwachsene, da sie noch keine ausreichenden Verarbeitungsprozesse entwickeln konnten und über unzureichende Copingstrategien verfügen (Fivush, 1998, Schneider, 2000 in Barenbaum, 2004). Andererseits wird die Meinung vertreten, dass die kleinsten Kinder dadurch geschützt sind, dass sie das gesamte Ausmaß der traumatischen Situationen oft noch nicht erfassen können (Punamaki, 2002 in Barenbaum, 2004). Viele Studien stimmen darin überein, dass Kinder zwischen 5 und 9 Jahren die größte Vulnerabilität aufweisen, da sie die Ereignisse bereits sehr bewusst wahrnehmen, aber noch nicht über ausreichende Copingmechanismen verfügen (Garabino & Kostelny, 1996, Kuterovac-Jagodic, 2003).

Insgesamt spielt für kleinere Kinder das psychosoziale Umfeld, insbesondere die Stabilität und emotionale Präsenz der Mutter, bei der Bewältigung von Kriegsereignissen eine wichtige Rolle. Die Kinder orientieren sich mehr an den direkten Bezugspersonen und daran, wie diese ihnen die Ereignisse erklären und für sich selbst bewerten, als an dem Ereignis selbst. Schon A. Freud und D. Burlingham (1941) konnten diesen Zusammenhang beobachten, aber auch einige neuere Studien untermauern diese Annahme.

- o In einer Studie mit libanesischen Kriegskindern im Alter von 5-7 Jahren (Bryce et al., 1989) war die mütterliche Depressivität der beste Prädiktor für die psychische Reaktion der Kinder auf die Kriegseignisse.
- o Almquist & Broberg (1999) konnten zeigen, dass das Ausmaß der familiären Unterstützung einen wichtigen Einfluss darauf hatte, wie Kinder langfristig emotional auf die Tatsache reagierten, Flüchtlinge zu sein.
- o Laor et al. (2001) zeigten in ihrer Studie zu den Folgen von Scud-Raketen-Angriffen auf israelische Kinder, dass neben dem Ereignis selbst vor allem das psychische Funktionsniveau der Mutter und der familiäre Zusammenhalt für die längerfristige Entwicklung der posttraumatischen Symptomatik bei den Kindern maßgeblich war. Die Kinder der Mütter, die als sichere Bezugspersonen auch emotional zur Verfügung standen und über gute Copingstrategien im Umgang mit den traumabedingten Stressoren verfügten, wiesen innerhalb des 5-jährigen Beobachtungszeitraumes den deutlichsten Symptomrückgang auch bei initial sehr hoher Symptombelastung auf.

### **2.3.3. Alterungsprozess und frühere Traumatisierung**

Im folgenden Kapitel sollen die besonderen Lebensbedingungen älterer Menschen, d.h. Menschen ab dem 60. Lebensjahr, und die sich daraus ergebenden Wechselwirkungen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung oder anderen traumabedingten Folgestörungen genauer beleuchtet werden. Dabei liegt der Schwerpunkt bei den Auswirkungen länger zurückliegender Traumatisierungen. Der Bereich der Traumatisierung im Alter selbst wird nicht behandelt.

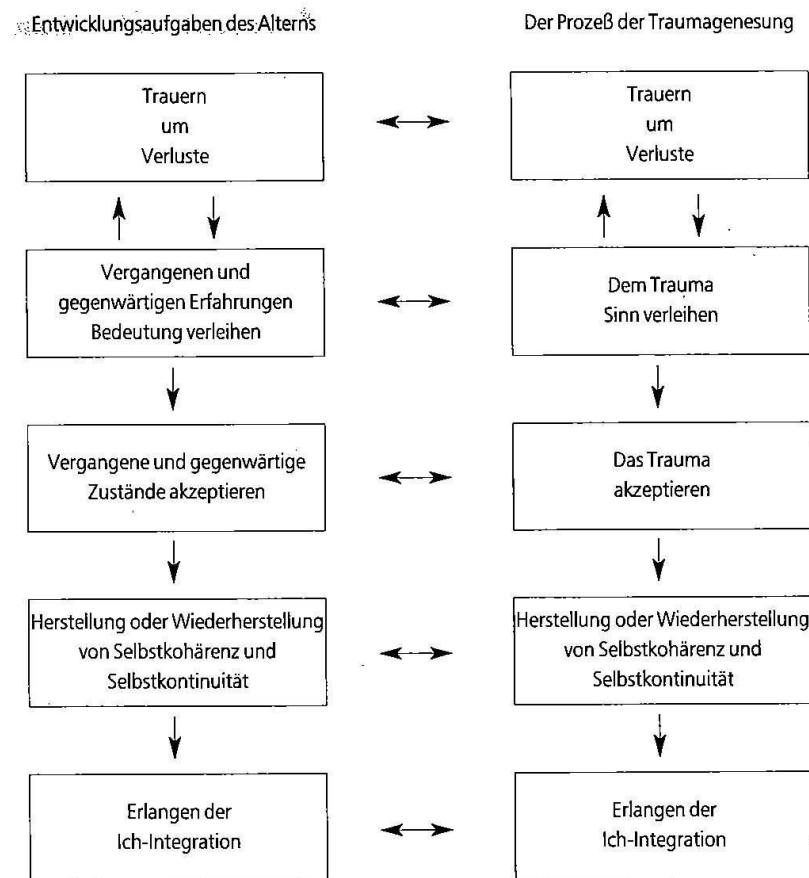
Wie schon in Abschnitt 2.2.2 beschrieben, können posttraumatische Störungen einen chronischen Verlauf nehmen, sie können auch zwischenzeitlich remittieren und noch nach Jahrzehnten erneut virulent werden. Die Symptomatik bei einer im Alter wieder oder neu auftretenden posttraumatischen Störung unterscheidet sich Studien zufolge nicht von der Symptomatik jüngerer Erwachsener, nur wird sie oft nicht als posttraumatisch erkannt sondern z.B. als „Altersdepression“ dem Alterungsprozess selbst zugeschrieben (Aarts & op den Velde in van der Kolk 2000).

Das Wiederauftreten oder die Verschlechterung bereits bestehender Symptome kann verschiedene Auslöser wie z. B. Jahrestage („60 Jahre nach Kriegsende“) oder auch Veränderungen der eigenen Lebensbedingungen haben (Berentung, Kinder werden erwachsen und verlassen das Haus, Tod des Partners, Krankheiten oder körperliche Einschränkungen). Durch die veränderten Lebensbedingungen können beispielsweise bisher erfolgreich angewendete Bewältigungsstrategien wie die Konzentration auf die Familie, das „Hier und Jetzt“, intensives Arbeiten, Sport etc. nicht mehr in gleichem Umfang genutzt werden, wodurch es zu einer Symptomexazerbation kommen kann.

Ebenso stellt der Alterungsprozess selbst eine Bewältigungsaufgabe dar, die möglicherweise weniger gut gelingt, wenn durch die frühere Traumatisierung erworbene und über die Zeit verfestigte dysfunktionale Schemata zum Einsatz kommen (Hankin in Maercker, 1997).

Das aktuelle Wissen über die Langzeitfolgen von Traumatisierungen stammt zumeist aus Studien mit Überlebenden des Nazi-Regimes bzw. des zweiten Weltkrieges (Holocaust-Opfer, Kriegsveteranen). In den Jahrzehnten nach dem zweiten Weltkrieg beschrieben verschiedene Autoren einen Symptomkomplex aus Ängstlichkeit, Affektbetäubung, Depression, Unruhe, kognitiver und Gedächtnis-Beeinträchtigungen, somatoformen Beschwerden und Schlafstörungen unter dem Namen „Überlebenden-Syndrom“, „KZ-Syndrom“ oder „traumatische Neurose“ (Aarts & op den Velde, 1996).

Aarts und Op den Velde (1996) stellen die bisher gängige Annahme infrage, wonach PTSD-Spätmanifestationen oder andere Folgen früherer Traumatisierung deshalb jenseits des 60. Lebensjahres gehäuft auftreten, weil die Bewältigungsfähigkeit mit zunehmenden Alter sinkt und diese Lebensphase per se viele mögliche belastende Ereignisse enthält, die eine posttraumatische Dekompensation auslösen können. Nach ihrer Sicht ist es so, dass die posttraumatische Situation (oder Bewältigungsaufgabe) den Entwicklungsaufgaben des Älterwerdens ähnelt. Hierbei werden dem Alterungsprozess in Anlehnung an das Identitätsbildungsmodell von Erikson folgende Aufgaben zugeschrieben: Trauern um Verluste, Erfahrungen Bedeutung verleihen, Vergangenheit und Gegenwart annehmen, Herstellung oder Wiederherstellung von Selbstkohärenz und Selbstkontinuität, Erreichen der Ich-Integration (siehe Abb. 2).



(Abbildung 2: Altern und Traumatisierung nach Aarts & op den Velde 1996)

Wenn also frühere Traumata wie z. B. Verlusterlebnisse nicht hinreichend betrauert und verarbeitet werden konnten, und zudem die Fähigkeit zu Trauern durch das Trauma beeinträchtigt worden ist, dann stehen diese Menschen im Alter vor der doppelten Aufgabe, sowohl die aktuellen Verluste als auch die unbewältigten früheren Verluste verarbeiten zu müssen.

Im folgenden soll nun ein Überblick über die aktuelle Studienlage zu den Spätfolgen des zweiten Weltkrieges gegeben werden. Dabei wurde die umfangreiche Literatur zu den Holocaust-Überlebenden nicht berücksichtigt, da die spezifische Qualität und das katastrophale Ausmaß dieser Traumatisierung nicht mit den Traumatisierungen von Soldaten oder der Zivilbevölkerung vergleichbar sind.

Von den wenigen Studien zu diesem Thema befassen sich die meisten mit den Spätfolgen bei Kriegsveteranen. Einige Studien haben auch zivile Kriegsoffer zum Gegenstand, wobei diese zum Zeitpunkt der Traumatisierung meist Erwachsene und seltener Jugendliche waren. Zum Gegenstand dieser Arbeit, den Spätfolgen von Traumatisierungen bei Kindern durch die Ereignisse des Zweiten Weltkriegs, gibt es nur wenig Literatur. Bei den meisten älteren Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, deren Trauma schon

viele Jahre oder Jahrzehnte zurückliegt, nimmt die Symptomatik einen episodischen Verlauf.

- o McLeod untersuchte Veteranen des Zweiten Weltkrieges (McLeod, 1994) und beschrieb ein Verlaufsmuster, in dem die Betroffenen direkt nach dem Trauma zunächst relativ gut zurechtkamen, dann aber eine Symptomexazerbation von ungefähr 5 Jahren Dauer erlebten. Viele dieser Männer schilderten eine nachfolgende Phase „maskierter“ Symptome im mittleren Lebensabschnitt, der durch Arbeit, Familiengründung etc. gekennzeichnet war. Im Alter kam es dann erneut zu einer Verstärkung der Symptomatik.
- o Insgesamt zeigten Ältere die gesamte Bandbreite der PTSD-Symptomatik. McFarlane (1990) beschrieb bei Veteranen des Zweiten Weltkrieges im Verlauf der Zeit einen Rückgang der intrusiven Symptome, während Vermeidungsverhalten und Entfremdungsgefühle zunahmen.
- o Kaup, Russel und Nymann (1994 in Averill & Beck, 2000) fanden bei Veteranen des Zweiten Weltkrieges in einer psychiatrischen Klinik als häufigste Symptome Schlafstörungen (80%), Albträume (75%), Reizbarkeit (65%), soziale Isolation (50%) und Flashbacks (45%).
- o Ebenso zeigten Wilson, Harel und Kahana (1989, in Averill & Beck, 2000) in einer Studie über Veteranen des Zweiten Weltkrieges, die den Angriff auf Pearl Harbor überlebten, dass noch 45 Jahre später 65% unter Intrusionen litten, 42% erlebten Überlebens-Schuldgefühle und beinahe 33% berichteten Vermeidungsverhalten und Hyperarousal sowie ein Gefühl der Gefühllosigkeit (Numbing).

Auslöser für eine erneute Symptomexazerbation im Alter oder für eine späte Erstmanifestation posttraumatischer Symptome bei Kriegsveteranen sind häufig traumaspezifische Trigger wie die Berichterstattung über Kriege in den Medien, Jahrestage etc. (McFarlane, 1990).

Robinson et al. (1992) fanden z.B. die Berichte über den ersten Golfkrieg als Auslöser für die Spätmanifestation einer PTSD bei Veteranen des Zweiten Weltkrieges, Aarts und van der Velde (1996) erklären dies mit der Verzweiflung der Veteranen, dass aus den Kriegen nichts gelernt worden sei, ihre Leiden also nutzlos waren. Weitere Studien zur späten Erstmanifestation einer PTSD fanden bei 43% gravierende Veränderungen der Lebensbedingungen wie z. B. Arbeitsplatzverlust, Trennung von Familienmitgliedern oder Berentung innerhalb eines Jahres vor Ausbruch der Symptomatik (Kuilmann und Suttorp, 1998).

Die PTSD-Prävalenz bei Veteranen des zweiten Weltkrieges wird zwischen 35% und 56% angegeben. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Daten oft aus Kollektiven stammen, die um Behandlung oder Berentung nachsuchen, demnach also wahrscheinlich teilweise zu hoch angesetzt sind. Andererseits sind gerade die schwer Traumatisierten oft

nicht bereit an sich über ihre Erlebnisse zu äußern (Newman und Kaloupek, 2004) oder die Symptomatik wurde fälschlicherweise einer organischen Krankheit zugeordnet, was bei älteren PTSD-Patienten aufgrund ihrer Betonung somatische Symptome nicht selten der Fall ist (Lyons und McClendon, 1990). Dies könnte insgesamt auch zu einer Unterschätzung der PTSD-Prävalenz führen.

Folgende komorbide Störungen wurden bei älteren PTSD-Patienten (auch hier wieder bezogen auf Kriegsveteranen) gefunden: Alkoholabhängigkeit oder schädlicher Gebrauch (53%), Major Depression (37%), (Hermann und Eryavec, 1994 in Averil und Beck, 2000), aber auch Angsterkrankungen, Somatisierungsstörungen und kognitive Störungen.

- o Bramsen und van der Plog (1999) untersuchten eine Gruppe von 4057 niederländischen Überlebenden des Zweiten Weltkrieges (Opfer von Bombenangriffen, Verfolgte, Widerstandskämpfer und Kriegsveteranen). Diese Studie ist eine der wenigen, die sich auch mit den zivilen Opfern (ca. 60% der Studienteilnehmer) des zweiten Weltkrieges beschäftigt. Die Studienteilnehmer die zufällig aus den Jahrgängen 1920 bis 1929 der Einwohnerregister von neun niederländischen Städten ausgewählt wurden, erlebten den Krieg als Jugendliche oder junge Erwachsene. Die PTSD-Prävalenz stellt sich in den untersuchten Gruppen folgendermaßen dar: Das höchste Risiko hatten mit ca. 12% die durch das Nazi-Regime verfolgten Probanden, das Risiko der Veteranen lag bei 7 %, bei denjenigen, die an mehreren Gefechten teilnahmen bei 13,5 %. Das PTSD-Risiko bei Zivilisten und Angehörigen von Widerstandsgruppen war mit 3 % zwar doppelt so hoch wie bei den nicht exponierten Personen, der Unterschied war aber nicht statistisch signifikant. Ein signifikanter Zusammenhang ergab sich über alle Gruppen zwischen der Anzahl der berichteten Kriegsereignisse und dem PTSD-Risiko. Bramsen und van der Plog erklären die relativ niedrige PTSD-Rate der Zivilisten mit der Heterogenität dieser Gruppe. Diejenigen Zivilisten, die eine große Zahl von Kriegserlebnissen berichten, haben jedoch ein ähnliches PTSD-Risiko wie die Veteranen (7%).

Auch aus dem deutschsprachigen Raum gibt es seit einigen Jahren Studien, die sich mit den Langzeitfolgen des zweiten Weltkrieges bei Zivilisten beschäftigen.

- o In der Studie über die Dresdner Bombennacht (Maercker, Herrle und Grimm, 1999) wurden 47 Personen untersucht, die zum Zeitpunkt des Angriffs (Feb. 1945) im Durchschnitt 21,5 Jahre alt waren. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über persönliche Kontakte oder Informationen über die Arbeitsgruppe in Altenheimen. Mittels verschiedener Messinstrumente, die von den Untersuchern persönlich erhoben wurden (Impact of Event-Skala IES-R, Liste traumatischer Expositionsbedingungen, persönliche Reife nach Belastungen PRB), wurde unter anderem danach gefragt, ob die heutige PTSD-Symptomatik und die persönliche Reifung mit dem Grad der damaligen Traumaexposition in Zusammenhang steht.

- 
- 4,3% (2 Probanden) erfüllten zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien einer PTSD. Diesen im Vergleich mit anderen Traumaopfern niedrigen Wert erklären die Autoren mit der Art der Rekrutierung, bei der stärker Traumatisierte die Teilnahme vermieden hätten (einige gaben an, alte Wunden nicht wieder aufreißen zu wollen), sowie mit dem langen zeitlichen Intervall von 50 Jahren. Die Traumaintensität zeigte einen Zusammenhang zur messbaren posttraumatischen Belastung.
  - o In der Hamburger Flüchtlingsstudie von Teegen und Meister (2000) wurden 269 ehemalige deutsche Flüchtlinge zu Erinnerungen an traumatische Erfahrungen befragt. Weiterhin wurden aktuelle PTSD-Symptome (PCL-C), komorbide Beschwerden (SCL-90-R) sowie der Bewältigungsstil (FAPK3, SOC) erhoben. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über die Bekanntgabe in Zeitungen, die Fragebögen konnten per Post angefordert werden.
    - Zur Zeit der Flucht waren die Probanden zwischen 7 und 21 Jahre alt. Durchschnittlich wurden 5 traumatische Erfahrungen berichtet. Davon wurden in Mittel zwei Erfahrungen von den Probanden als besonders schwerwiegend eingestuft, wie z. B. eigene Vergewaltigung, Miterleben des gewaltsamen Todes Angehöriger, Beschuss etc.
    - 5% der Probanden wiesen zum Untersuchungszeitpunkt eine voll ausgeprägte PTSD auf, 25% eine partielle PTSD, wobei Frauen bei gleicher Belastung signifikant häufiger unter PTSD-Symptomen litten. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der traumatischen Erlebnisse und dem Ausmaß der PTSD war signifikant. Im SCL90 (komorbide Beschwerden) zeigten 43% eine Symptombelastung ( $T > 60$ ). Vor allem standen somatische Störungen, Angstsymptome und Depressivität im Vordergrund. Bezüglich der Bewältigungsstile wurden qualitative Daten erfasst. Hier wurde vor allem Religiosität oder positive Vorbilder (meist die Mutter) als hilfreich erlebt.
  - o In der Nachfolgestudie von Teegen, Cizmic und Meister (2005) wurden zusätzlich 37 pflegebedürftige Senioren mittels standardisierter Interviews und Fragebögen befragt. Die Probanden waren zur Zeit der Flucht ca. 19 - 33 Jahre alt.
    - 11% der Senioren wiesen zum Untersuchungszeitpunkt eine voll ausgeprägte PTSD auf, 32% eine partielle PTSD. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der traumatischen Erlebnisse und dem Ausmaß der PTSD war auch in dieser Gruppe signifikant. Im SCL90 (komorbide Beschwerden) zeigten 38% eine Symptombelastung ( $T > 60$ ). Vor allem standen somatische Störungen, Angstsymptome und Depressivität im Vordergrund. .
  - o Brähler, Decker und Radebold (2002) untersuchten im Rahmen zweier bevölkerungsrepräsentativer Studien zur Normierung von Testverfahren 2002 und 2003 eine Teilstichprobe von insgesamt 1247 Angehörigen der Geburtsjahrgänge

1930 bis 1945. Die Probanden wurden interviewt und beantworteten Fragebögen (Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36, Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D, SCL27, FAQ.).

- Das Erleben kriegsbedingter Belastungen, wie z. B. dauerhafte Abwesenheit des Vaters, Ausbombung und Flucht / Vertreibung haben noch heute deutliche negative Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit und auf die allgemeine Gesundheit der Probanden:
  - Die vorübergehende, mehr als zwei Jahre dauernde Abwesenheit des Vaters hatte keinen signifikanten Einfluss.
  - Vor allem männliche, von Ausbombung betroffen Studienteilnehmer, waren in ihrer körperlichen Rollenfunktion, ihrem psychischen Wohlbefinden, ihrer Vitalität und in ihrer Lebenszufriedenheit eingeschränkt. Ausgebombte Probanden beiderlei Geschlechts erlebten aktuell sehr viel häufiger (Signifikanzniveau  $p < 0,001$ ) Panikattacken als Probanden ohne diese Erfahrung.
  - Von Flucht/ Vertreibung betroffene Probanden waren in weniger Bereichen eingeschränkt (körperliche Funktionsfähigkeit und Rollenfunktion, Vitalität).
- o Fischer, Struwe und Lemke (2006) untersuchten eine Gruppe von 150 Vertriebenen (55 Frauen und 91 Männer), die aus einer Gruppe von 600 postalisch Befragten die Fragebögen zurückschickte, und eine zufällig aus dem Einwohnerregister gezogene altersentsprechende Gruppe ( $n = 384$ ) mit einer Geschlechtsverteilung von 50% Frauen und 50% Männern. Es wurden der PDS zur Erhebung der PTSD-Belastung und der SCL90 zur Erhebung der komorbiden Beschwerden eingesetzt. 9,8% der Vertriebenen erfüllten die Kriterien einer PTSD im Gegensatz zu 1,8 % in der Kontrollgruppe. Auch die Belastung im SCL90 war bei der Vertriebenengruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe.
- o Im Rahmen des Münchner Kriegskindheitsprojektes untersuchten Kuwert, Spitzer, Träger, Freyeberger und Ermann (2006) 93 Probanden der Jahrgänge 1933 bis 1945 (54% Frauen). Diese wurden über Zeitungsartikel zum Thema Kriegskindheit im Raum Stralsund gesucht und lebten in der Nachkriegszeit in der ehemaligen DDR. Als Messinstrumente wurden der Münchner Fragebogen zur Kriegskindheit, der mPDS (modifizierte Fassung der Posttraumatic Diagnostic Scale) sowie der SCL90 zur Erfassung der komorbiden Beschwerden eingesetzt.
- 14 % der Probanden erfüllten die DSM IV Kriterien für eine PTSD im Längsschnitt, 10% litten noch zum Untersuchungszeitpunkt unter entsprechenden Symptomen.
  - Die im SCL90 gemessene Symptomatik war bei den Probanden mit PTSD-Symptomatik signifikant stärker ausgeprägt als bei den Probanden, die die PTSD-Kriterien nicht erfüllten. Die Probanden schilderten durchschnittlich 2,8 traumatische Erlebnisse. Der Zusammenhang zwischen Anzahl/ Schwere der



Kriegsereignisse und Ausmaß der posttraumatischen und komorbiden Symptomatik wurde in dieser Arbeit nicht untersucht.

- o In einer weiteren Untersuchung aus dem Münchner Kriegskindheitsprojekt (Ermann, M. Hughes, M.L. & Katz, D., 2007) wurde die Nennung von Kriegskindheitsthemen in Psychotherapieberichten ( an den Gutachter) über Angehörige der Geburtsjahrgänge 1936 - 1945 erforscht. Bei etwa 50% der Berichte werden die geschilderten Kriegskindheitsdaten auch zur Beurteilung der Psychodynamik und zur Behandlungsplanung herangezogen. Bei etwa 25% der Fälle spielen Kriegskindheitsthemen keine Rolle, bei immerhin ebenfalls 25% fließen genannte Kriegskindheitsdaten nicht in die Beurteilung der Psychodynamik oder Behandlungsplanung mit ein. Die Tatsache, dass ein so großer Teil der Berichte die lebensgeschichtliche Bedeutung der Erfahrungen als Kriegskind übergeht, wird als Kollusion einer spezifischen Abwehrdynamik interpretiert, wobei Therapeut und Patient gemeinsam die Traumatisierung als Kriegskind verleugnen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das späte Auftreten oder die Verschlechterung einer bestehenden posttraumatischen Symptomatik im reiferen Lebensalter in verschiedenen Studien belegt wurde. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die posttraumatische Symptomatik nicht erkannt und als Altersdepression oder somatische Symptomatik fehlinterpretiert wird. Als Auslöser für die neue oder verstärkte Symptomatik können veränderte Lebensbedingungen, unter denen die bisherigen Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen (z. B. Arbeit, Konzentration auf die Familie), identifiziert werden. Außerdem weisen Aarts und op den Velde auf die Ähnlichkeiten zwischen den Entwicklungsaufgaben des Alters und dem Traumagenesungsprozess hin. Nach ihrer Überzeugung behindert eine nicht ausreichende Traumaverarbeitung in früheren Jahren die Fähigkeit, sich mit den Verlusten und anderen Herausforderungen des Alterungsprozesses konstruktiv auseinander zu setzen, so dass diese Menschen dann zwei Bewältigungsaufgaben gleichzeitig gegenüber stehen.

Zu den Spätfolgen von Kriegserlebnissen für die Zivilbevölkerung gibt es erst seit einigen Jahren eine intensivere Forschungstätigkeit. Hier konnte gezeigt werden, dass Erlebnisse wie Übergriffe durch Soldaten, Bombenangriffe, Heimatverlust, Trennung von der Familie etc. noch nach Jahrzehnten zu posttraumatischen und komorbiden Symptomen führen können.

### 3. Hypothesen

Im vorigen Kapitel wurde die Entstehung von posttraumatischen Störungen infolge psychischer Traumatisierungen, sowie der mögliche Einfluss protektiver Faktoren erläutert. Insbesondere wurden die theoretischen Grundlagen und aktuellen Forschungsergebnisse zur Traumatisierung von Kindern durch Kriegseinwirkungen und zum Alterungsprozess und früherem Trauma beschrieben.

Davon ausgehend wurden auf die vorliegende Stichprobe („Kriegskinder“) bezogen folgende Hypothesen formuliert und nachfolgend untersucht:

1. In der Gruppe der Kriegskinder leiden mehr Personen an einer manifesten posttraumatischen Symptomatik als in der Allgemeinbevölkerung.
2. Die Gruppe der Kriegskinder ist psychisch stärker durch komorbide psychische und psychosomatische Symptome belastet, als die altersentsprechende Durchschnittsbevölkerung.
3. Innerhalb der Gruppe der Kriegskinder sind die Personen mit PTSD-Symptomatik stärker von komorbiden psychischen und psychosomatischen Symptomen betroffen, als die Personen ohne PTSD-Symptomatik.
4. Personen mit PTSD-Symptomatik und/oder einer klinisch relevanten komorbiden psychischen und psychosomatischen Symptomatik haben bestimmte im Basisfragebogen erfragte Kriegserfahrungen selber oder innerhalb der Familie häufiger gemacht als Personen ohne diese Symptomatik.

Aufgrund der vorliegenden Literatur zur Thematik wurden vor allem folgende Erfahrungen bei den Probanden mit posttraumatischen und komorbiden psychischen und psychosomatischen Symptomen häufiger erwartet:

- Länger dauernde Abwesenheit oder kriegsbedingter Tod des Vaters
- Länger dauernde Trennung von der Mutter,
- Gewalterfahrung oder Traumatisierung der Mutter durch Kriegshandlungen oder Folgen
- Verletzung/ Beschädigung/Traumatisierung von Geschwistern im Krieg
- Tod von Geschwistern durch Kriegseinwirkung
- Trennung von der Familie (Evakuierung, Kinderlandverschickung etc.)
- Flucht und /oder Vertreibung
- Bombenkrieg (Ausbombung, Bombardierungen, Fliegerangriffe)

- 
- Hunger; Armut, eigene Krankheit
  - Eigenes kriegsbedingtes traumatisches Ereignis
  - Zeuge eines Traumas anderer
  - Hunger, Kälte; Armut in der Nachkriegszeit
5. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl/Bandbreite der Kriegserlebnisse und der heutigen Belastung durch posttraumatische und/oder komorbide psychische und psychosomatische Symptomatik
  6. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Kriegserlebnisse und der heutigen Belastung durch posttraumatische und/oder komorbide psychische und psychosomatische Symptomatik
  7. Personen ohne PTDS-Symptomatik und/oder klinisch relevanter komorbider psychischer und psychosomatischer Symptomatik erinnern sich an ein schützenderes Umfeld während oder nach den Traumatisierungen als Personen mit PTSD-Symptomatik oder klinisch relevanter komorbider psychischer und psychosomatischer Symptomatik

## 4. Material und Methoden

### 4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Probanden der vorliegenden Untersuchung rekrutieren sich aus den Teilnehmern des Münchner Kriegskindheitsprojektes, die auf Basis von Einladungen in den Medien den „Fragebogen zur Kriegskindheit“ anforderten oder über Mediatoren erhielten (Mitarbeiter, Bekannte, deren Bekannte etc.).

Die ausgewählten Probanden dieser Teilstichprobe wurden zwischen 2005 und 2006 interviewt ( $n = 66$ ). Zeitnah wurde von allen der SCL-90-R Fragebogen zur psychischen Befindlichkeit ausgefüllt. An alle interviewten Probanden, die die Nachkriegszeit in Westdeutschland verbracht hatten, wurde im Herbst 2006 der mPDS verschickt, der Rücklauf war mit 91% sehr gut.

So konnten daraus  $n_3=60$  Probanden mit vollständig vorliegenden Daten (Fragebogen zur Kriegskindheit, Interview, SCL90R, mPDS) in die vorliegende Untersuchung einbezogen werden.

Die resultierende Stichprobe zeichnet sich durch folgende soziodemografische Merkmale aus:

- o **Geschlecht:** Es nahmen 22 Männer (36,7%) und 38 Frauen (63,3%) teil. Nachfolgend ist die Geschlechtsverteilung der Stichprobe dargestellt (Abb. 3).

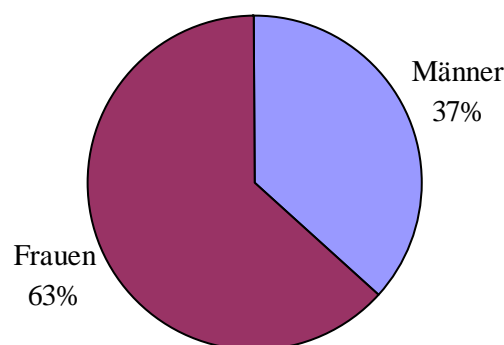


Abbildung 3: (Geschlechtsverteilung)

- o **Altersverteilung:** Das Durchschnittsalter in der Stichprobe betrug 66 Jahren (62-73 Jahre). Das Durchschnittsalter von Männern und Frauen war annähernd gleich (Geburtsjahr Männer: 1939,3, Geburtsjahr Frauen: 1938,79). Nachfolgend ist die Altersverteilung (Probanden pro Geburtsjahrgang) der Stichprobe dargestellt (Abb. 4).

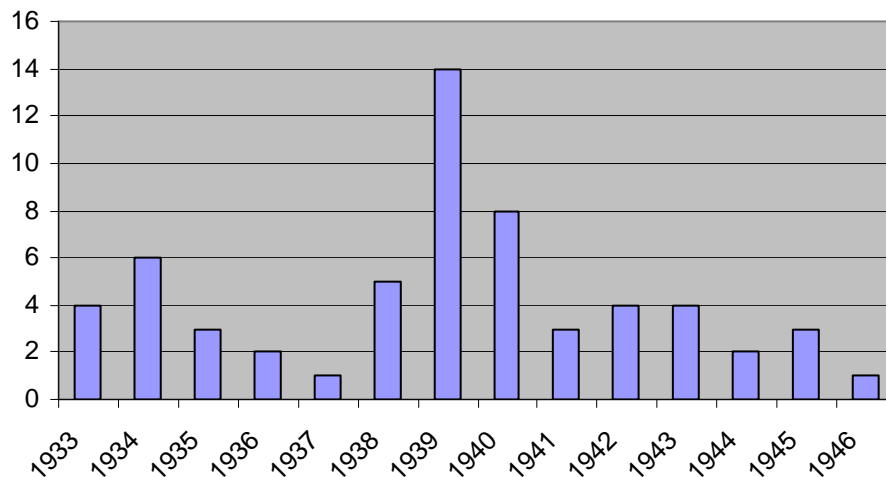


Abbildung 4: Probanden pro Geburtsjahr

- o **Geburtsort: Stadttyp**

30 Probanden (50%) sind in einer Großstadt geboren, 18(30%) in einer Kleinstadt und 12 (20%) auf dem Land (Abb. 5).

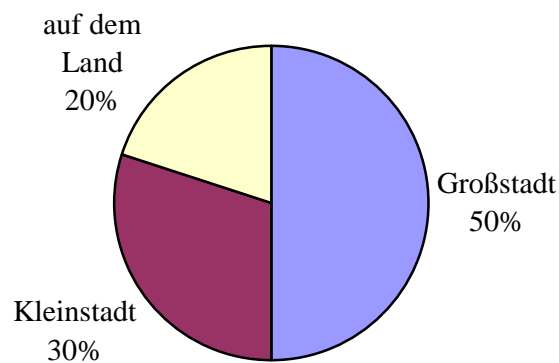


Abbildung 5: Geburtsort Stadttyp

- o **Geburtsort: Region**

Bezogen auf die Herkunftsregion ergibt sich folgende Verteilung: 37 Probanden (61,7%) sind im heutigen Deutschland geboren, 14 (23,3%) in den ehemals deut-

schen Ostgebieten und 6 (10%) in Gebieten, die zwischen 1933 und 1939 dem damaligen Deutschen Reich „angeschlossen“ wurden (Abb 6).

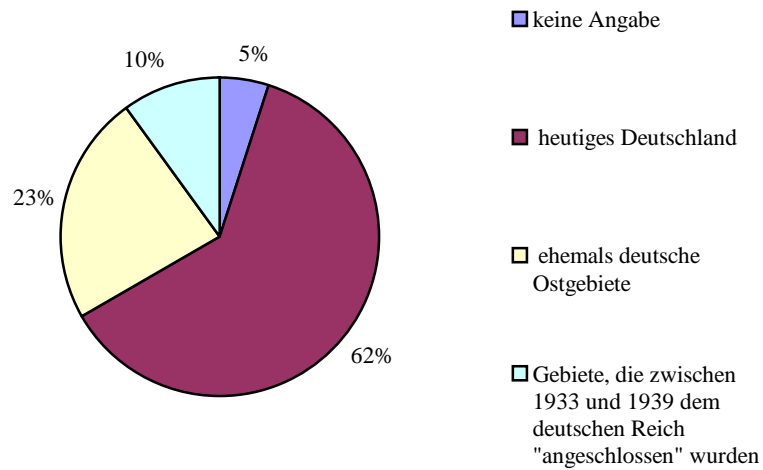


Abbildung 6: Geburtsort Region

o **Schulbildung:**

10 Probanden haben einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss, 20 haben Abitur, 16 mittlere Reife und 11 Probanden einen Volksschulabschluss. 2 Probanden machten keine Angaben ( Abb 7).

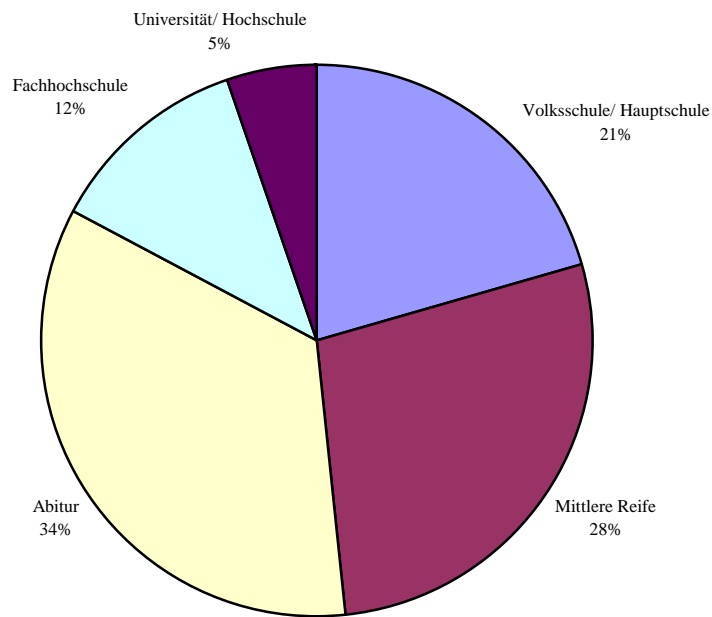


Abbildung 7: Schulbildung

#### o Familienstand:

Zum Untersuchungszeitpunkt waren 30 Probanden (50%) verheiratet, 7 (11,7%) wieder verheiratet, und 5 (8,3%) mit einem Partner lebend. 14 Probanden (23,3%) lebten allein, 5 (8,3%) waren ledig, 8 (13,3%) verwitwet und 11 (18,3%) geschieden (Abb.8).

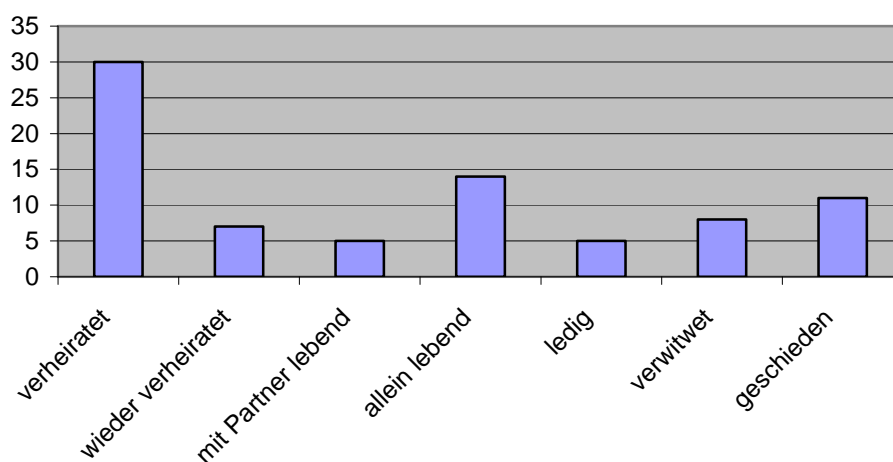


Abbildung 8: Familienstand (Zahl der Probanden)

Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Es bleibt festzuhalten, dass mehr als zwei Drittel der Probanden in einer Partnerschaft lebte, weniger als ein Drittel lebte allein.

Zur Anzahl der Kinder machten 4 Probanden keine Angaben, die 56 übrigen Probanden haben im Mittel 2,1 Kinder.

## **4.2. Messinstrumente**

### **4.2.1. Die SCL-90-R**

Es wurde die revidierte Form der Symptomcheckliste von Derogatis (1977) in der deutschen Übersetzung (Franke, 1995) eingesetzt.

Der aus 90 Items bestehende Selbstbeurteilungsbogen erfragt psychische Beeinträchtigungen der letzten sieben Tage in 5 Ausprägungsstufen (0= überhaupt nicht, 1= ein wenig, 2= ziemlich, 3= stark und 4=sehr stark).

Die Items lassen sich 9 Skalen „klinisch relevanter psychologisch-psychiatrischer Konstrukte“ (Derogatis) zuordnen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus.

Aus den Summenwerten der 9 Skalen und den Zusatzitems wird die Summe der Summenwerte(GS) gebildet. Aus der Summe der Summenwerte lassen sich dann die drei globalen Kennwerte GSI (Global Severity Index, grundsätzliche psychische Belastung), PSDI (Positive Symptom Distress Index, Intensität der Antworten) und PST (Positive Symptom Total, Anzahl der Symptome mit Belastung) errechnen.

Als wichtigster Indikator für die grundsätzliche psychische Belastung gilt der GSI, er errechnet sich aus der Summe der Summenwerte dividiert durch die Anzahl der beantworteten Items ( 90) und setzt damit die Intensität der Belastung in Bezug zu allen 90 Items.

Durch die Transformation der Rohwerte in T-Werte, die soziodemografische Faktoren (Alter, Geschlecht) mit einbeziehen, wird ein Vergleich der Experimentaldaten mit der repräsentativen Eichstichprobe möglich und somit die Beurteilung, ob sich die psychische Belastung eines Probanden im auffälligen, d.h. pathologischen Bereich bewegt. Derogatis schlug aufgrund „verschiedener Studien in unterschiedlichen Populationen.“ (Franke 2002, S. 25) vor, Probanden als psychisch auffällig belastet (als „Fall“) zu betrachten, wenn der T-GSI größer als 62 ist.



In der vorliegenden Arbeit wurde diese Definition herangezogen, um die Probanden in die zwei Gruppen „SCL-Fälle“ bzw. „klinisch relevante komorbide Symptomatik“ und „Nicht-SCL-Fälle“ bzw. „keine klinisch relevante komorbide Symptomatik“ zu unterteilen.

#### **4.2.2. Die PDS und die mPDS**

Bei der mPDS handelt es sich um eine modifizierte deutsche Version (Spitzer) der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) von Foa (1995).

##### 1. ursprüngliche Version

Die Selbstbeurteilungsskala dient der Erfassung von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne eines Screening-Instrumentes für klinische und Forschungszwecke auf Basis der DSM IV-Kriterien. Sie erlaubt die Stellung der Verdachtsdiagnose PTSD sowie die Beurteilung des Schweregrades der drei Symptomkomplexe Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal.

Zur Erfassung von Kriterium A (Traumakriterium) werden im ersten Teil 11 Kategorien traumatischer Ereignisse sowie eine Restkategorie vorgegeben. Das schlimmste Ereignis wird markiert und als Narrativ geschildert. Anhand weiterer 6 Items wird überprüft, ob das angegebene Ereignis das

- o Kriterium A1 (Erleben der betroffenen Person: eigene körperliche Verletzung oder Verletzung anderer, eigenes Leben oder Leben anderer in Gefahr) und
- o Kriterium A2 (Reaktion der betroffenen Person: Hilflosigkeitsgefühl, starke Angst/Entsetzen) erfüllt.

Im zweiten Teil des Fragebogens werden Symptome erhoben, die sich auf dieses schlimmste Erlebnis beziehen. Die 17 Fragen korrespondieren mit den 17 Kriterien der Symptomcluster B, Wiedererleben (Frage 1-5), C, Vermeidung (Frage 6-10) und D, Hyperarousal (Frage 11-17) aus dem DSM-IV.

Im DSM-IV wird gefordert, dass die Symptome „beharrlich“ (Cluster B) oder „anhaltend“ (Cluster C und D) vorhanden sein müssen, während im Fragebogen die Antworten auf einer 4-stufigen Skala: 0 (überhaupt nicht/ einmal im Monat), 1 (einmal pro Woche oder seltener/manchmal), 2 (2 bis 4 mal pro Woche, die Hälfte der Zeit) und 3 (5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer) vorgegeben sind.

In der Original-PDS gilt:

- o Kriterium B als erfüllt, wenn aus Frage 1 bis 5 mindestens eine Frage mit 1,2 oder 3 bewertet worden ist,

- o Kriterium C als erfüllt, wenn aus Frage 6 bis 10 mindestens 3 Fragen mit 1,2 oder 3 bewertet worden sind und
- o Kriterium D als erfüllt, wenn mindestens 2 Fragen mit 1,2 oder 3 bewertet worden sind..

Im letzten Fragebogenteil wird das Kriterium F (Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen in klinisch bedeutsamer Weise nach DSM-IV) mit 9 Items (ja/nein) erfragt, in mindestens zwei Bereichen muss eine Beeinträchtigung vorliegen, damit das Kriterium F erfüllt ist.

Kriterium E bezieht sich auf die Symptombdauer, die mindestens einen Monat anhalten muss.

**Die (Verdachts)-Diagnose PTSD darf gestellt werden, wenn alle Kriterien (A bis F) erfüllt sind.**

Zusätzlich zur Stellung der (Verdachts)-diagnose PTSD ermöglicht die PDS die Beurteilung der Ausmaßes der Symptomatik durch den Symptom-Schwere-Score.

Der Symptom-Schwere-Score errechnet sich aus der Summe der Itemwerte (Antwortmöglichkeit 0,1,2 oder 3) der Symptomcluster Wiedererleben (B), Vermeidung (C) und Hyperarousal (D). Er ermöglicht eine Beurteilung des Ausmaßes der Beeinträchtigung durch posttraumatische Symptome.

Die Originalversion wurde von der Autorin 1997 an einer Stichprobe von 248 18-65 jährigen Probanden validiert, die unterschiedliche potentiell traumatische Erlebnisse hatten, welche mindestens einen Monat zurücklagen. Reliabilität und Validität waren gut.

ber die durchschnittliche Zeitspanne zwischen Traumaereignis und Erhebungszeitpunkt sind in der Literatur keine Angaben verfügbar. Da die Probanden für die Validierung der Originalversion aber aus Trauma-Behandlungszentren, Frauenhäusern, Polizei- und Feuerwehrstationen rekrutiert wurden und im Durchschnitt 38 Jahre alt waren, ist anzunehmen, dass die Zeit zwischen Trauma und Erhebungszeitpunkt in der Referenzstichprobe deutlich kürzer war, als in der Stichprobe der Kriegskinder. Darüber hinaus sind die Kriegskinder deutlich älter (59-72 Jahre) als die Referenzstichprobe (18 - 65 Jahre).

Für Probanden, die aus dem ursprünglichen Altersrange herausfallen, wird im Fragebogenmanual die besondere Bedeutung der klinischen Beurteilung bei Einsatz des Fragebogens hervorgehoben.

## 2. Modifizierte Form der PDS (mPDS)

Für das Kriegskindheitsprojekt wurde der Fragebogen folgendermaßen modifiziert (Spitzer, Freyberger, 2006): Statt der 11 vorgegebenen Kategorien verschiedener traumati-

scher Ereignisse wurde nach den drei schlimmsten Erlebnissen der Kriegskindheit gefragt (Narrativ), dabei sollte das schlimmste Erlebnis sowie das Alter zu diesem Zeitpunkt benannt werden. Auch hier wird anhand weiterer 6 Items überprüft, ob das angegebene Ereignis das Traumakriterium A1 und A2 erfüllt. Die weitere Symptomatik soll sich auf das angegebene schlimmste Ereignis beziehen.

Die Narrative der 3 schlimmsten Kriegserlebnisse wurden einzelnen Kategorien kriegsbedingter Erfahrungen zugeordnet, wobei einzelne Ereignisse zugleich mehreren Kategorien angehören können.

Die Fragen 1-17 entsprechen dem Original, ebenso die Erfassung des Zeitkriteriums E und des Kriteriums F Beeinträchtigung im Alltag.

Zusätzlich erfragt die mPSD Wiederauftreten oder Verschlechterung der Symptomatik durch Erfahrungen in der Sowjetischen Besatzungszone und späteren DDR, sowie durch aktuelle Kriegsberichterstattung aus weltweiten Kriegsgebieten.

In den Arbeiten von Kuwert (2006) und Fischer (2006) werden im Unterschied zur Originalversion Symptome aus den Clustern B, C und D nur dann als vorhanden gewertet, wenn sie mindestens mit dem Faktor 2, (2-4 mal pro Woche / die Hälfte der Zeit ) bewertet wurden.

Auch in der vorliegenden Arbeit wurde dieses strengere Bewertungsschema herangezogen, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Antwortmöglichkeit 1 (= einmal pro Woche oder seltener/manchmal) angesichts der möglichen iatrogenen Symptomverstärkung oder –auslösung durch die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik und durch mögliche „erwünschte Antworten“ häufiger angegeben wurde, als es der grundsätzlichen Befindlichkeit der Probanden entspricht. Hierbei muss das Übersehen einer Störung einerseits abgewogen werden gegen die Gefahr eines Überdiagnostizierens angesichts der besonderen Situation der Probanden (Alter, Abstand zum Traumaereignis, iatrogene Wiederbelebung von Erinnerungen durch Interview und Fragebogen zur Kriegskindheit).

**Die (Verdachts)-Diagnose PTSD wurde gestellt, wenn alle Kriterien (A bis F) erfüllt waren.** Die untersuchten Probanden wurden in zwei Gruppen unterteilt: Probanden, die nach den oben genannten Kriterien der mPDS die Verdachtsdiagnose PTSD erhielten (PTSD-positiv) und Probanden, bei denen nach diesen Kriterien keine PTSD-Verdachtsdiagnose gestellt werden konnte (PTSD-negativ).

### 3. Traumaschwere-Score

Zusätzlich wurde in dieser Arbeit der Versuch unternommen, den Begriff der Traumaschwere anhand der mPDS zu operationalisieren. Die Gewichtung der einzelnen

Traumakategorien verbot sich, da diese keine Auskunft über das objektive und subjektive Ausmaß der Traumatisierung geben können. Eher bietet die Untersuchung der 6 Aussagen zum Kriterium A1 und A2 Hinweise auf die tatsächliche psychische und körperliche Belastung während des traumatischen Ereignisses.

Um die Traumaschwere einzuschätzen, wurde daher ein Summenscore (1-6) aus den 4 Aussagen zum Kriterium A1 (Erleben der betroffenen Person) und den 2 Aussagen zum Kriterium A2 (Reaktion der betroffenen Person) im mPDS gebildet (siehe Anhang).

### 4.3.3. Der Fragebogen zur Kriegskindheit

Der im Münchner Kriegskindheitsprojekt eingesetzte „Fragebogen zur Kriegskindheit“ stellt eine verränderte Fassung des „Fragebogens für PsychoanalytikerInnen“ des Kasseler Forschungsprojektes zur Kriegskindheit (Schlesinger-Kipp, 2003) dar.

Der erste Teil des Fragebogens erfasst persönliche Daten und Informationen zur Kriegs- und Nachkriegszeit durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten. „Nein“ als Antwortmöglichkeit sowie die Nichtmarkierung wurden dabei als „nein“ oder „nicht zutreffend“ gewertet. Teilweise kann zusätzlich ein Narrativ angefügt werden.

Der zweite Teil erfragt Einstellungen zu verschiedenen Aussagen über die Kriegs- und Nachkriegszeit.

Im einzelnen werden im ersten Teil folgende Daten erhoben:

- o Persönliche Daten:

Geschlecht, Geburtsjahr und Geburtsort, wobei einmal zwischen Großstadt, Kleinstadt und Land differenziert und zusätzlich die Herkunftsregion (heutiges Deutschland, ehemals deutsche Ostgebiete, zwischen 1933 und 1945 „dem deutschen Reich angeschlossene Gebiete“) erfasst werden. Abschließend werden besondere kriegsbedingte Umstände während der Schwangerschaft der Mutter und der Geburt des Probanden erfragt (Antwortmöglichkeit „ja“ und Narrativ, Nichtausfüllen wurde als „nein/trifft nicht zu“ gewertet).

- o Herkunftsfamilie:

Angaben zu Vater, Mutter und ggf. Stiefvater/-mutter bezüglich Geburtsjahr, evt. langdauernder Abwesenheit des Vaters bzw. langdauernder Trennung von der Mutter sowie möglicher Gründe für Abwesenheit und Trennung, Kriegsteilnahme des Vaters und Kriegserfahrungen der Mutter (Verletzung/ Beschädigung/ Gewalterfahrung, Traumatisierung durch Kriegshandlungen oder -folgen). Mitgliedschaften der Eltern in NS-Organisationen, mögliche Verfolgung oder Nachteile aus politischen Gründen, Kriegsfolgen des Vaters (gefallen, vermisst, dauerhaft verletzt, an

Kriegsverletzungen oder aus anderen Gründen verstorben, berufliche/soziale Folgen, Todesjahr von Vater und Mutter sowie Gründe (im Krieg, an Kriegsfolgen, aus anderen Gründen).

Angaben zum Sozialstand der Eltern (Heirat, Trennung, Scheidung). Narrative zu besonderen Verhältnissen im Zusammenhang mit Vater, Mutter, Eltern möglich.

Angaben zu den Geschwistern (Kinderzahl zwischen 1936 und 1945, Stellung des Probanden in der Geschwisterfolge, unmittelbare Verletzung/Beschädigung/ Traumatisierung von Geschwistern durch Krieg/Kriegsfolgen, Tod von Geschwistern durch Krieg oder Kriegsfolgen, weitere, nach 1945 geborene Geschwister).

Vorhandensein von wichtigen anderen Bezugspersonen außerhalb der Kernfamilie aus der Großeltern-, Eltern- und der eigenen Generation.

o Eigene Kriegserlebnisse:

Betroffensein von Trennungen von der Familie, Trennungsdauer und deren Gründe (Evakuierung, Kinderlandverschickung, Aufenthalte in Pflegefamilie oder Kinderheim, andere Gründe) und ob in dieser Zeit Bezugspersonen vorhanden waren.

Betroffensein von Flucht und Vertreibung (Jahr, Ausgangsort und letztendlich erreichter Zielort).

Betroffensein von Ausbombung und/oder Bombardierungen und/oder Fliegerangriffen.

Angaben zu anderen kriegsbedingten Erfahrungen wie Hunger, Armut und eigener Krankheit, Dauer von Hunger und Armut, Jahr der Krankheit und Art der Krankheit (Narrativ).

Weiterhin Angaben zu einem eigenen kriegsbezogenen traumatischen Ereignis (Kriegszeit oder kurz danach) und Zeuge werden eines Traumas anderer (Antwortmöglichkeit „ja“ und Narrativ, Nichtausfüllen wurde als „nein/trifft nicht zu“ gewertet), Narrativ zum Erleben des Kriegsendes.

o Nachkriegszeit:

Mögliche Besonderheiten der Nachkriegszeit (Hunger/Kälte/Armut, beengte Wohnsituation, Vertreibung, Rückkehr des Vaters, sonstige Einschnitte).

Wohnort innerhalb Deutschlands (Ostdeutschland, Westdeutschland, Westberlin).

o Sozialer Status/jetzigte Situation:

Angaben zu Schulabschluss, Berufsabschluss und gegenwärtiger/letzter Berufstätigkeit des Probanden, Angaben zu Schulabschluss, Berufsabschluss, Berufstätigkeit vor /während des Krieges und Berufstätigkeit nach dem Krieg von Vater und Mutter.

Angaben zum Familienstand, der Anzahl der festen Beziehungen über drei Jahren Dauer, Zahl der Kinder und Enkelkinder des Probanden.

Im zweiten Teil des Fragebogens wird die subjektive Einschätzung verschiedener Aussagen auf einer 5-stufigen Skala von 1= trifft sehr zu bis 5= trifft gar nicht zu erfasst.

Die Aussagen beziehen sich auf den eigenen Umgang mit der NS- und Kriegsvergangenheit (sprechen mit Partner und eigenen Kindern), auf den Umgang damit in der Herkunftsfamilie (über Schuld, Kriegserlebnisse der Eltern, Nazi-Verbrechen, (Mit)Täterschaft der Eltern sprechen oder schweigen), auf die eigene Beeinträchtigung und die der Eltern durch die NS- und Kriegszeit, auf die Adultisierung der Probanden (der Mutter den abwesenden Partner ersetzen müssen) und Parentifizierung (früh Verantwortung übernehmen müssen), sowie auf positive Erinnerungen an die Kriegs- und Nachkriegszeit (Zusammenhalt, Ungebundenheit und Freiheit als Kind, Aufwachsen in beschützender und auffangender Familie nach dem Krieg).

## 4.4 Statistische Methoden / Auswertung der Daten

Die Daten aus dem „Fragebogen zur Kriegskindheit“ lagen in der Abteilung für Psychosomatik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München bereits vor. Die Datensätze der n=60 Probanden, für die zusätzlich auch Daten aus der SCL90 und der mPDS vorlagen, wurden von mir entsprechend durch Hinzufügen weiterer Variablen und der Eingabe der zugehörigen Personenwerte im gleichen Datensatz ergänzt. Die restlichen Personendatensätze, zu denen keine SCL90 und mPDS Daten vorlagen, wurden aus dem Auswertungsdatensatz herausgenommen, da sie für die vorliegende Arbeit nicht verwendet wurden.

Alle statistischen Auswertungen wurden im Frühjahr 2007 mit SPSS 14.0 berechnet. Hierbei erhielt ich punktuell, insbesondere bei Fragen, die multivariate oder inferenzstatistische Methoden berührten, unterstützende Beratung vom Leiter der Methodenabteilung der Vocatus AG, einem Marktforschungsinstitut in München.

In den nachfolgend dargestellten Auswertungen kamen Methoden, die dem jeweiligen Skalenniveau der Daten entsprachen, zum Einsatz. Hierzu gehörten vor allem der T-Test, der Chi-Quadrat-Test, die Korrelationsberechnung nach Pearson und der Spearman-Rho-Korrelationskoeffizient.

Sofern Signifikanztests durchgeführt wurden, werden die jeweiligen Signifikanz-Niveaus nachfolgend bei jeder Ergebnisdarstellung explizit erwähnt. Grundsätzlich wurden Ergebnisse als „signifikant“ bzw. „hoch signifikant“ bezeichnet, wenn ein Signifikanzniveau von  $\alpha < 5\%$  bzw.  $\alpha < 1\%$  erreicht wurde. Dabei wurde je nach Fragestellung und Richtung der Hypothesen ein- oder zweiseitig getestet.

## 5. Ergebnisse

### 5.1. Kriegserlebnisse

#### 5.1.1. Spezifische Erlebnisse aus dem Fragebogen zur Kriegskindheit

Die Probanden der untersuchten Stichprobe machten im einzelnen folgende Kriegserfahrungen (Abb. 9):

- o 90 % der Probanden erlebten eine längere Abwesenheit des Vaters
- o 78 % hatten ein eigenes traumatisches Erlebnis (Selbsteinschätzung)
- o 78% litten Mangel während des Krieges (Hunger, Kälte, Armut)
- o 72% erlebten Fliegerangriffe
- o 45% wurden Zeuge eines Traumas anderer
- o 42% erlebten Bombenangriffe
- o 35% gaben an, dass Mutter und/ oder Vater Mitglied in einer NS-Organisation waren
- o 35% hatten Mütter; die während des Krieges Gewalterfahrungen/Traumatisierungen ausgesetzt waren
- o 32% wurden vorübergehend von der Familie getrennt (Kinderlandverschickung, Evakuierung)
- o 30% erlebten eine eigene (schwerere) Krankheit während des Krieges
- o 30% flüchteten aus ihrer Heimat
- o 27% der Probanden hatten Geschwister, die Verletzungen oder Beschädigungen erlebten
- o 20 % wurden aus ihrer Heimat vertrieben
- o 20% wurden ausgebombt
- o 20% waren zeitweise von der Mutter getrennt
- o 7% hatten Geschwister, die durch Kriegseinwirkungen zu Tode kamen

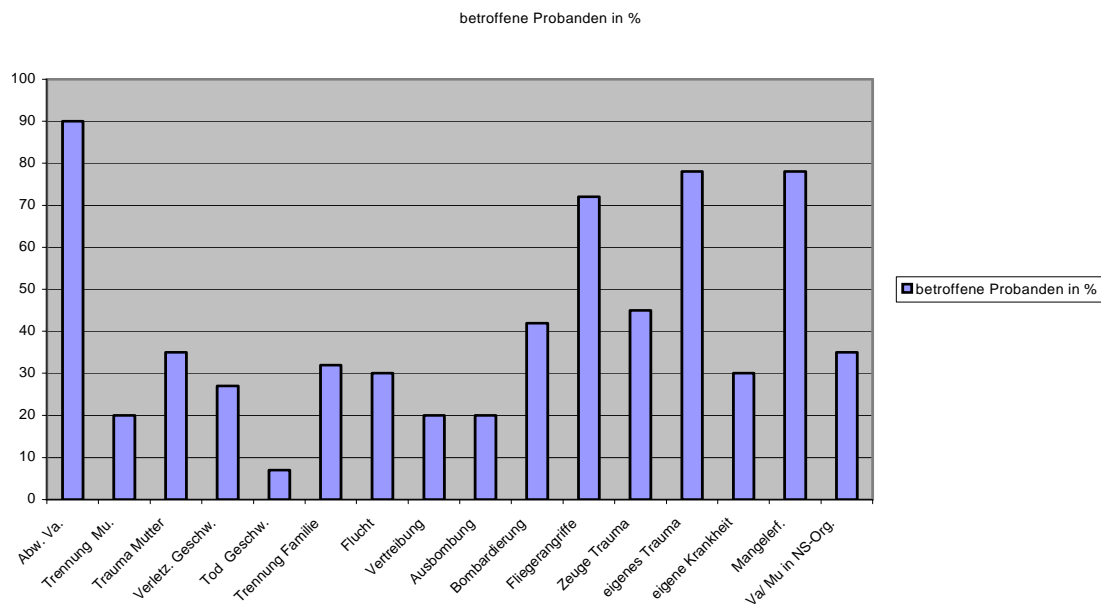


Abbildung 9: Kriegserfahrungen

### 5.1.2. Kategorisierung der Kriegserlebnisse

Zur Kategorisierung der einzelnen Kriegserlebnisse aus dem Fragebogen wurde das veränderte „Kategoriensystem für kriegsbedingte Erfahrungen“ von Hughes (2005, 2007) und Katz (2004, 2007) herangezogen. Die Kategorienbildung erfolgte dort anhand von Kriegsthemenschilderungen aus 257 Psychotherapieberichten, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring herausgearbeitet wurden. Letztlich ergaben sich 7 Hauptkategorien (veränderte Fassung der ursprünglich 9 Hauptkategorien, s. Anhang 9.3).

Bezogen auf dieses Kategoriensystem zeigte sich folgende Verteilung:

- o 95% der Probanden hatten während des Krieges eine unvollständige Familie
- o 93 % erlebten militärische Angriffe auf Zivilisten
- o 78% erlebten Mangelerfahrungen während des Krieges oder in der Nachkriegszeit
- o 45 % wurden Zeuge eines Traumas anderer
- o 43% verloren ihre Heimat durch Flucht oder Vertreibung
- o 35% gaben an, dass Mutter und/ oder Vater Mitglied in einer NS-Organisation waren
- o 30% litten an einer (schwereren) Krankheit während des Krieges

Insgesamt machten die Probanden im Mittel kriegsbedingte Erfahrungen in 4,2 Kategorien.



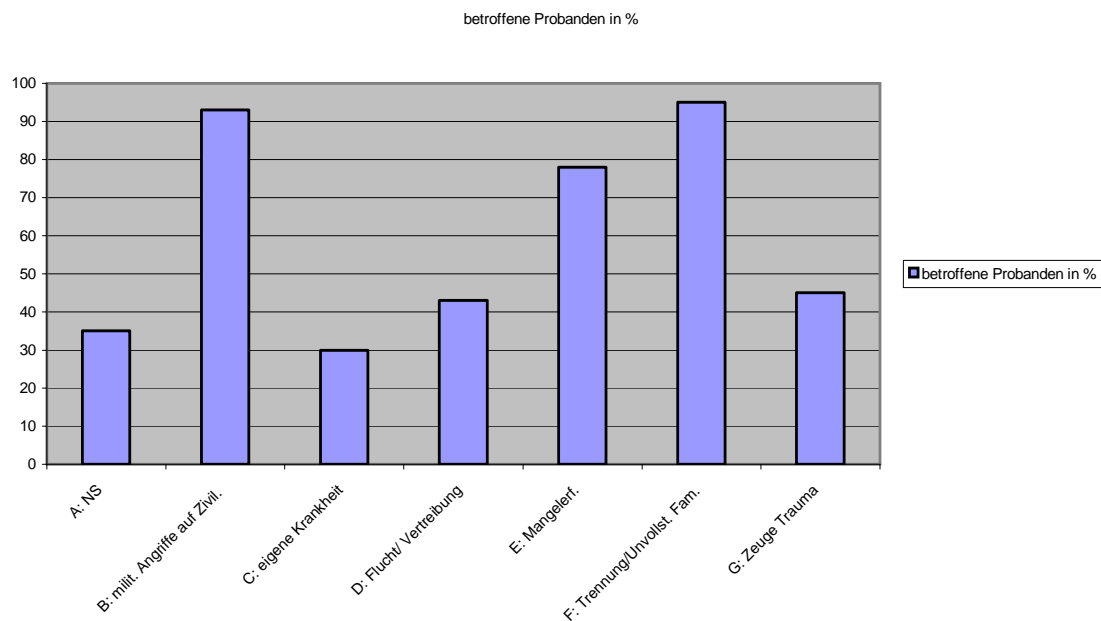


Abbildung 10: Kategorien kriegsbedingter Erfahrungen

### 5.1.3. Alter der Probanden beim schlimmsten Kriegserlebnis

In der mPDS werden die drei schlimmsten Kriegserlebnisse als Narrative sowie das Alter beim schlimmsten Kriegserlebnis erfragt (s. Kap. 4.2.2).

Die Probanden waren beim schlimmsten Kriegserlebnis im Mittel 6,2 Jahre alt. Probanden mit klinisch bedeutsamer komorbider Symptomatik waren jünger (5,8 Jahre) als Probanden ohne auffällige komorbide Symptomatik (6,3 Jahre). Probanden mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung waren jünger (6,0 Jahre) als Probanden ohne diese Symptomatik (6,3 Jahre). Die Unterschiede waren nicht signifikant.

## 5.2. Heutige Symptomatik der Kriegskinder

### 5.2.1. Posttraumatische Belastungsstörung

Zunächst wurde die Annahme untersucht, dass sich in der Gruppe der Kriegskinder eine höhere PTSD-Prävalenz als in der entsprechenden Durchschnittsbevölkerung findet. Hierfür wurde die modifizierte Form der Posttraumatic Diagnostic Scale von Foa (Foa et.al 1997) eingesetzt (vergl. Kap. 4.2.2).

11 Probanden (18,3%) litten danach zum Zeitpunkt der Untersuchung noch oder wieder unter Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV.

Die Gruppe der hier untersuchten Kriegskinder zeigt eine deutlich höhere PTSD-Prävalenz als die in repräsentativen Bevölkerungsstichproben ermittelte Lebenszeit-prävalenz von 7,8% (Kessler et al. 1995).

### 5.2.2. SCL90-komorbide Beschwerden

Die zweite Hypothese war, dass die Kriegskinder psychisch stärker belastet sind bzw. mehr komorbide Beschwerden haben als die altersentsprechende Durchschnittsbevölkerung.

#### Globale Belastung

Die psychische Belastung/ komorbide Beschwerden wurde mit dem SCL-90-R gemessen. Als Vergleichsstichprobe diente die altersentsprechende Untergruppe der repräsentativen Eichstichprobe N1 für den SCL-90-R (Hessel et al. 2001). Die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf alle 90 Items wird durch den GSI (Global Severity Index ) erfasst (Abb.11, vergl. auch Kap. 4.2.1).

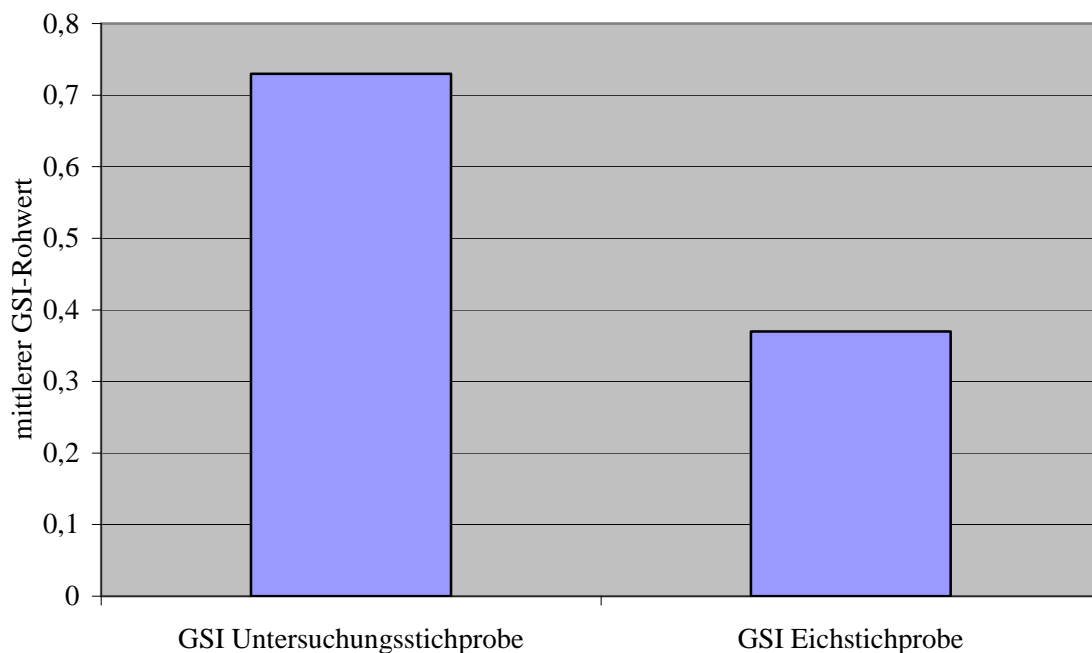


Abbildung 11: Mittelwertvergleich GSI-Rohwerte Untersuchungsstichprobe und Eichstichprobe

Der mittlere GSI-Rohwert aller Teilnehmer der Untersuchungsstichprobe (Altersdurchschnitt: 66 Jahre, Frauenanteil 63 %) lag bei 0,73, der mittlere GSI-Rohwert der repräsentativen Eichstichprobe (Altersdurchschnitt 44 Jahre., Frauenanteil 57%) (Hessel et al 2001) liegt für die Altersgruppe der 60-69-jährigen bei 0,37. Zum Mittelwertvergleich wurde der T-Test angewandt. Der Unterschied zwischen dem mittleren GSI-Rohwert der

Untersuchungsstichprobe und dem mittleren GSI-Rohwert der 60-69-jährigen der Eichstichprobe war hoch signifikant ( $p=0,000$ )

#### Klinisch relevante komorbide Symptomatik( SCL-Fälle)

Nachfolgend wurden die der SCL-90-Rohwerte in T-Werte transformiert. Diese erlauben es, die gemessene komorbide Belastung der einzelnen Probanden zu vergleichen. Die Probanden wurden der Definition von Derogatis folgend in zwei Gruppen unterteilt: Probanden mit T-GSI-Werten unter 63 wurden als klinisch nicht auffällig eingestuft („Nicht-SCL-Fälle“), Probanden mit T-GSI-Werten ab 63 wurden als klinisch auffällig („klinisch relevante komorbide Symptomatik“, „SCL-Fälle“) eingestuft. (s. Abschnitt 4.2.1.) Diesem Bewertungsmaßstab zufolge müssen 17 Probanden (28,3%) als „SCL-Fälle“ eingestuft werden (Abb.12).

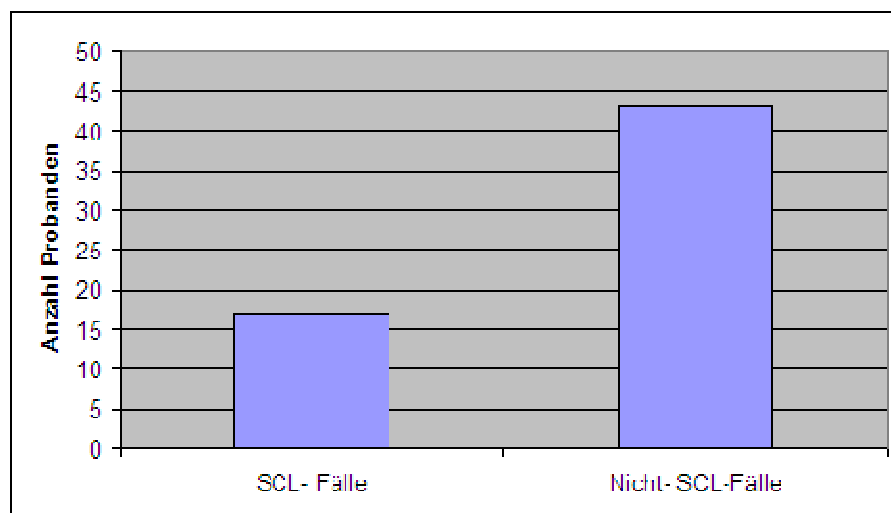


Abbildung 12: Anzahl der „SCL-Fälle“ und „Nicht-SCL-Fälle“ in der Gesamtstichprobe

Diese psychische Belastung der Gesamtstichprobe stellte sich in den 9 Skalen folgendermaßen dar (Abb. 13):

- o 10,2% (6 Probanden) litten an Somatisierungssymptomen
- o 30% (18 Probanden) litten an zwanghaften Symptomen
- o 38,8% (23 Probanden) litten an Unsicherheit
- o 26,7% (16 Probanden) litten an depressiven Symptomen
- o 23,3% (14 Probanden) litten an Angstsymptomen
- o 30% (18 Probanden) gaben an, viel Ärger zu verspüren
- o 25% (15 Probanden) litten unter phobischen Symptomen
- o 36,7% (22 Probanden) zeigten paranoides Denken
- o 21,7% (13 Probanden) zeigten Symptome von „Psychotizismus“

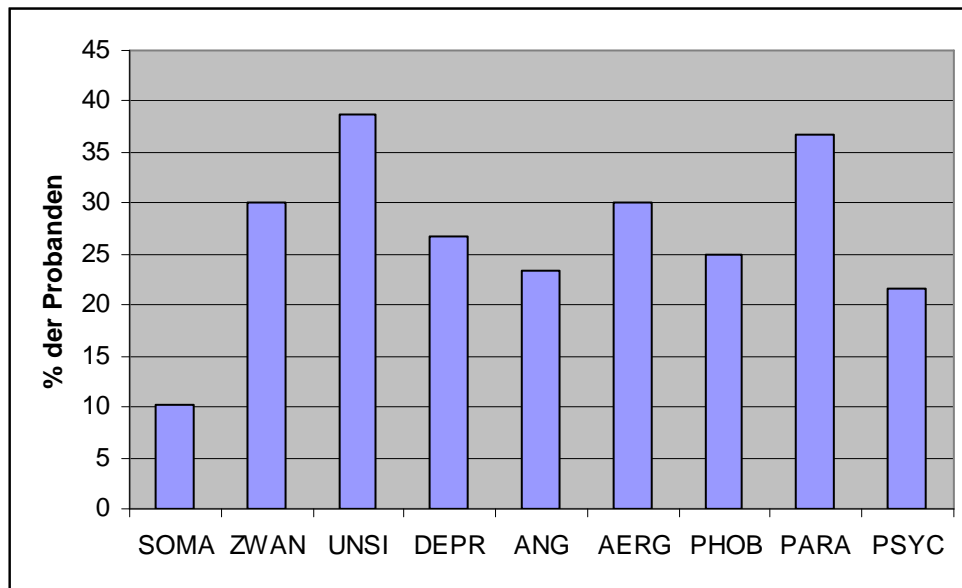


Abbildung 13: komorbide Belastung der Untersuchungsstichprobe in den einzelnen Skalen (% der Probanden)

### 5.2.3. Zusammenhang zwischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden Beschwerden

Weiterhin wurde untersucht, ob Probanden, die zum Untersuchungszeitpunkt die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten (PTSD-positiv, s. Abschnitt 4.2.2.), auch deutlich stärker und häufiger unter klinisch relevanten psychischen Beschwerden litten, d.h. ob der Anteil der „SCL-Fälle“ größer war als bei den PTSD-negativen Probanden (s.Tab. 1 und 2). Diese Zusammenhänge wurden mit dem Spearman-Rho-Korrelationskoeffizienten errechnet.

Tabelle 1: Kreuztabelle PTSD pos./neg. und SCL-Fall/Nicht-SCL-Fall: Häufigkeit von Fällen/Nichtfällen im Vergleich von PTSDpos. und PTSDneg.

	SCL-Fall	Nicht-SCL-Fall	Gesamt
PTSD-positiv	8	3	11
PTSD-neaktiv	9	40	49
Gesamt	17	43	60

Tabelle 2: Korrelation PTSD pos./neg. und SCL-Fall/Nicht-SCL-Fall

		SCL-Fall/Nicht-SCL-Fall	PTSD positiv/negativ
SCL-Fall/Nicht-SCL-Fall	Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho)	1	,467**
	Sig. (1-seitig)		.000
	N	60	60
PTSD positiv/negativ	Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho)	.467**	1
	Sig. (1-seitig)	.000	
	N	60	60

*\*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 (einseitig) signifikant*

Tabelle 1 zeigt, dass von den 11 PTSD-positiven Probanden 8 Probanden (73%) zusätzlich eine klinisch relevante komorbide Symptomatik auf, d.h., sie sind als SCL-Fälle einzustufen. 3 der PTSD-positiven Probanden wiesen keine komorbide Symptomatik auf. Innerhalb der Gruppe der 49 PTSD-negativen Probanden waren nur 9 Probanden (23%) als SCL-Fall einzustufen. 40 Probanden zeigten weder eine posttraumatische noch eine klinisch relevante komorbide Symptomatik.

Tabelle 2 zeigt beim Vergleich der PTSD-positiven und der PTSD-negativen Gruppe hinsichtlich der klinisch relevanten komorbiden psychischen Beschwerden (SCL-Fall, SCL-Nichtfall) signifikante Unterschiede: Das Vorliegen einer PTSD-Symptomatik (PTSDpos.) korrelierte hoch signifikant mit dem Vorliegen einer klinisch relevanten komorbiden Symptomatik (SCL-Fall).

Weiterhin wurde die Frage untersucht, ob sich die PTSD-positiven Probanden hinsichtlich ihrer psychischen Belastung in allen 9 Subskalen des SCL90 von den PTSD-negativen Probanden unterschieden (Tab. 3, Abb. 14).

Tabelle 3: Ergebnisse T-Test: Mittelwertvergleich PTSD-positiv und PTSD-negativ

Skala	Mittelwert PTSD- positiv	Mittelwert PTSD negativ	Signifikanz
GSI	70	55	.000**
SOMA	56	47	.021*
ZWAN	68	55	.000**
UNSI	71	57	.000**
DEPR	70	55	.000**
ANGS	67	53	.000**
AERG	64	56	.024*
PHOB	64	51	.000**
PARA	64	57	.002**
PSYC	65	54	.001**

\*\* Der Mittelwertunterschied der PTSD-positiven und der PTSD-negativen Gruppe ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

\*Der Mittelwertunterschied der PTSD-positiven und der PTSD-negativen Gruppe ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

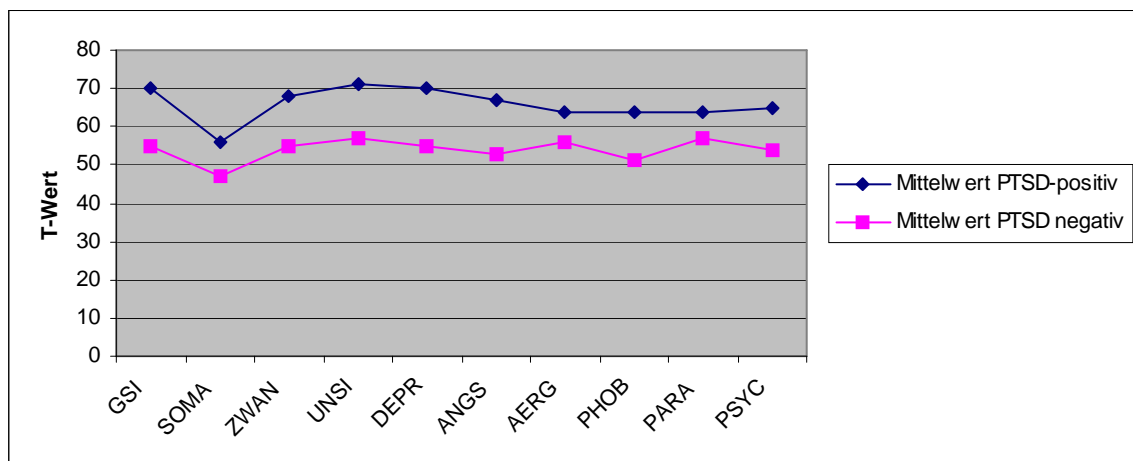


Abbildung 14: Vergleich der T-GSI-Werte (komorbide Belastung) der PTSD-positiven und der PTSD-negativen Gruppe

Auch in den einzelnen Skalen waren die PTSD-positiven Probanden stärker belastet als die PTSD-negativen Probanden. So zeigte sich eine hoch signifikant stärkere Belastung auf

den Skalen Zwang, Unsicherheit, Depression, Angst, phobischer Symptomatik, paranoidem Denken und Psychotizismus sowie eine signifikant stärkere Belastung auf den Skalen Somatisierung und Ärger.

### **5.3. Kriegserlebnisse und heutige posttraumatische und/ oder komorbide Symptomatik**

#### **5.3.1 „Fragebogen zur Kriegskindheit“: Kriegserlebnisse/ kriegsbedingte Familiensituation und heutige Symptomatik (PTSD und komorbide Belastung)**

Es wurde die Frage untersucht, ob bestimmte, im Basisfragebogen erhobene Situationen/Konstellationen in der Familie oder kriegsbedingte eigene Erfahrungen oder Erfahrungen der Familienmitglieder

- o In der Gruppe der PTSD-positiven Probanden häufiger vorkommen als in der Gruppe der PTSD-negativen Probanden.
- o In der Gruppe der SCL-Fälle häufiger vorkommen als in der Gruppe der Nicht-SCL-Fälle.

Dabei wurden aus dem „Fragebogen zur Kriegskindheit“ sowohl Einzelangaben als auch die nach den Kategorien kriegsbedingter Erfahrungen (Hughes und Katz, 2007) geordneten Aussagen zugrunde gelegt.

Folgende Variablen wurden untersucht:

- o Länger dauernde Abwesenheit oder kriegsbedingter Tod des Vaters
- o Länger dauernde Trennung von der Mutter,
- o Gewalterfahrung oder Traumatisierung der Mutter durch Kriegshandlungen oder Folgen
- o Verletzung/ Beschädigung/Traumatisierung von Geschwistern im Krieg
- o Tod von Geschwistern durch Kriegseinwirkung
- o Trennung von der Familie (Evakuierung, Kinderlandverschickung etc.) (Kat. F<sup>1</sup>)
- o Flucht und /oder Vertreibung (Kat. D<sup>1</sup>)
- o Bombenkrieg (Ausbombung, Bombardierungen, Fliegerangriffe)
- o eigene Krankheit (Kat. C<sup>1</sup>)
- o Eigenes kriegsbedingtes traumatisches Ereignis

---

<sup>1</sup> Nach dem „Kategoriensystem kriegsbedingter Erfahrungen“, veränderte Fassung nach Hughes & Katz (2007).

- o Zeuge eines Traumas anderer (Kat. G<sup>I</sup>)
- o Mangel Erfahrungen (Hunger, Kälte; Armut in Kriegs- und Nachkriegszeit) (Kat. E<sup>I</sup>)

Der Einfluss dieser unabhängigen Variablen auf die Variablen „Anzahl der Probanden mit/ohne klinisch auffälliger psychischer Belastung“ (SCL-Fall/ Nicht-SCL-Fall) und „Anzahl der Probanden mit/ohne Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTSD-positiv/negativ) wurde mit dem Chi-Quadrat-Test ermittelt (s. Tabelle 4).

Der Einfluss dieser unabhängigen Variablen auf die Variablen „Ausmaß der komorbiden Belastung“ (T-GSI) und „Schwere der posttraumatischen Symptomatik“ (PTSD-Schwere-Score) wurde mit einseitigen T-Tests ermittelt (s. Tabelle 5).

#### Kriegsbedingte Situationen/Erfahrungen und heutige Belastung durch posttraumatische und komorbide Symptomatik

Dazu zeigen Tabelle 4 und 5 folgende signifikante Zusammenhänge:

1. Die Variable „Gewalterfahrung oder Traumatisierung der Mutter durch Kriegshandlungen oder Folgen“ wies einen signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit von posttraumatischen und komorbiden Symptomen sowie einen hoch signifikanten Zusammenhang mit der Schwere der posttraumatischen und komorbiden Symptomatik auf.
2. Die Variablen Bombardierungen und Mangel Erfahrungen (Hunger; Kälte, Armut in der Kriegs- und Nachkriegszeit) wiesen einen signifikanten Zusammenhang mit der Schwere der heutigen posttraumatischen Symptomatik auf. Der Zusammenhang von Bombardierungserfahrungen und den Häufigkeiten von PTSD und komorbider Belastung sowie Schwere der komorbiden Belastung wies zwar in die erwartete Richtung, war aber nicht signifikant. Der Zusammenhang zwischen Mangel Erfahrungen und der Häufigkeit von PTSD und Schwere der komorbiden Belastung wie in die erwartete Richtung, war aber nicht signifikant. Ein Zusammenhang zwischen Mangel Erfahrungen und Häufigkeit der komorbiden Belastung zeigte sich nicht.

Im Einzelnen zeigten sich folgende Zusammenhänge (s. Tab. 4 und 5):

- o Traumatisierung/Gewalterfahrung der Mutter:  
Die 21 Probanden, deren Mütter kriegsbedingt traumatische/Gewalterfahrungen machten, litten hoch signifikant häufiger unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung als die Probanden, deren Mütter diese Erfahrungen nicht machen mussten. Ebenso war die PTSD-Symptomatik bei ersteren signifikant schwerer. Auch litten diese signifikant häufiger unter klinisch relevanten komorbiden Symptomen (SCL-Fälle häufiger) als die Probanden, deren Mütter diese Erfahrungen nicht machen mussten.



- Bombardierung

25 Probanden erlebten Bombardierungen. Diese litten deutlich häufiger an einer PTSD und hatten signifikant schwerere Symptome als Probanden, die keine Bombenangriffe erlebten. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik (SCL-Fall) war bei den Probanden mit Bombenangriffserlebnissen etwas häufiger vorhanden und auch etwas stärker ausgeprägt.

- Mangelerfahrungen (Kat. E<sup>I</sup>)

47 Probanden hatten Mangelerfahrungen im Krieg und in der Nachkriegszeit. Diese Probanden litten etwas häufiger unter einer PTSD, die Symptomschwere in dieser Gruppe war signifikant höher als in der Gruppe ohne Mangelerfahrungen. Hinsichtlich der komorbiden Symptomatik unterschieden sich die Probanden mit Mangelerfahrungen kaum von den Probanden ohne Mangelerfahrungen.

- Nationalsozialismus (Kat. A<sup>I</sup>)

21 Probanden gaben die Mitgliedschaft eines oder beider Elternteile in einer oder mehrerer NS-Organisationen an. Diese unterschieden sich nicht von den 48 Probanden, die diese Angabe nicht machten/ deren Eltern keine Mitgliedschaften hatten.

- Abwesenheit des Vaters

Die längere Abwesenheit des Vaters, die 54 Probanden betraf, zeigte einen schwachen umgekehrten Effekt, d.h. diese Probanden litten etwas weniger unter PTSD-Symptomen. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik(SCL-Fall) war bei den Probanden mit abwesendem Vater etwas häufiger und schwerer, als bei den Probanden, deren Väter nicht länger abwesend waren.

- Trennung von der Mutter

12 Probanden waren länger von der Mutter getrennt. Diese zeigten etwas häufiger eine PTSD, auch war die Symptomatik hier schwerer. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik(SCL-Fall) war ebenfalls etwas häufiger vorhanden.

- Verletzung/Beschädigung Geschwister

16 Probanden hatten Geschwister, die kriegsbedingte Verletzungen, Beschädigungen oder Gewalterfahrungen erlebten. Diese Probanden unterschieden sich hinsichtlich PTSD-Häufigkeit und Schwere nicht von den Probanden, deren Geschwister keine kriegsbedingte Verletzungen/ Beschädigungen oder Gewalterfahrungen erlebten. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik(SCL-Fall) war etwas häufiger und im Durchschnitt schwerer bei den Probanden, deren Geschwister kriegsbedingte Verletzungen, Beschädigungen oder Gewalterfahrungen erlebten.

- Tod von Geschwistern

Die Geschwister von 4 Probanden verstarben aufgrund von Kriegseinwirkungen oder -folgen. Diese Probanden zeigten etwas häufiger eine PTSD als Probanden mit überlebenden Geschwistern (oder ohne Geschwister) und eine deutlich schwerere PTSD-Symptomatik. Auch litten zwei von den 4 Probanden unter einer klinisch bedeutsamen komorbiden Symptomatik(SCL-Fälle)

- Trennung von der Familie

19 Probanden erlebten eine längere Trennung von der Familie durch Kinderlandverschickung, Evakuierung etc. PTSD-Häufigkeit und Symptomschwere waren in dieser Gruppe leicht höher als in der Gruppe ohne diese Trennungserlebnisse. Im Gegensatz dazu war eine klinisch relevante komorbide Symptomatik bei den Probanden ohne Trennungserlebnisse etwas häufiger (SCL-Fälle häufiger) und durchschnittlich auch stärker ausgeprägt.

- Flucht

18 Probanden erlebten die Flucht. Diese litten etwas/deutlich häufiger unter einer PTSD, die Symptomschwere war aber etwas geringer als in der Gruppe der Nicht-Flüchtlinge. Bezüglich einer klinisch relevanten komorbiden Symptomatik (SCL-Fall) unterschieden sich die Flüchtlinge nicht wesentlich von den Nicht-Flüchtlingen.

- Vertreibung

12 Probanden wurden vertrieben. Diese waren etwas weniger häufig von einer PTSD betroffen, auch die Symptomschwere war etwas geringer. Auch eine klinisch relevante komorbide Symptomatik (SCL-Fall) trat bei den Vertriebenen deutlich seltener auf als bei den Nicht-Vertriebenen, die Symptombelastung war geringer.

- Flucht und/oder Vertreibung (Kat. D<sup>I</sup>)

Von Heimatverlust insgesamt (Flucht und/oder Vertreibung) waren 26 Probanden betroffen, PTSD-Häufigkeit und Schwere glichen annähernd den Probanden ohne Heimatverlust. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik (SCL-Fall) war auch hier in der Gruppe derer, die keinen Heimatverlust erlitten hatten, häufiger und etwas schwerer.

- Ausbombung

12 Probanden wurden ausgebombt. Diese litten etwas häufiger an einer PTSD, die Symptome waren deutlich schwerer als die nicht ausgebombten Probanden. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik (SCL-Fall) war bei den ausgebombten Probanden etwas häufiger und etwas schwerer.

- Fliegerangriffe

41 Probanden erlebten Fliegerangriffe. Diese waren ungefähr gleich häufig von PTSD betroffen wie Probanden, die keine Fliegerangriffe erlebten. Die Symptomschwere war bei den Probanden ohne Angriffserlebnisse jedoch höher. Hinsichtlich einer klinisch relevanten komorbiden Symptomatik (SCL-Fall) unterschieden sich die Probanden mit Fliegerangriffen nur wenig von den Probanden ohne diese Erlebnisse.

- Erkrankungen (Kat. C<sup>I</sup>)

18 Probanden waren während des Krieges von einer Krankheit betroffen. Diese unterschieden sich weder hinsichtlich der posttraumatischen Symptomatik noch hinsichtlich der komorbiden Symptomatik von den Probanden ohne Krankheit.

---

- Eigenes traumatisches Erlebnis

47 Probanden gaben ein eigenes traumatisches Erlebnis an. Teilweise wurde dieses näher geschildert, für die Berechnung aber nicht herangezogen. Diese Probanden litten etwas häufiger unter einer PTSD. Die Symptomschwere war etwas stärker als bei Probanden, die hier kein traumatisches Erlebnis angaben. Eine klinisch relevante komorbide Symptomatik (SCL-Fall) war bei den Probanden mit eigenem traumatischen Erlebnis etwas häufiger vorhanden und auch etwas stärker ausgeprägt.

- Zeuge eines Traumas anderer (Kat. G<sup>I</sup>)

27 Probanden gaben an, Zeuge eines Traumas anderer geworden zu sein, wobei auch hier die Traumaschilderung nicht in die Berechnung mit einbezogen wurde. Diese Probanden unterschieden sich hinsichtlich der Häufigkeit posttraumatischer Symptomatik nicht, aber hinsichtlich der Schwere deutlich von den Probanden ohne ein solches Erlebnis. In der Gruppe der Traumazeugen war aber die komorbide Symptomatik deutlich ausgeprägter.

- Trennung /Unvollständigkeit der Familie (Kat. F<sup>I</sup>)

Nahezu alle Probanden (57) waren in irgendeiner Form von Trennung und Unvollständigkeit der Familie betroffen. Diese waren etwas weniger durch posttraumatische und komorbide Symptome belastet als die 3 Probanden mit vollständiger Familie.

*Tabelle 4: Ergebnisse Chi-Quadrat-Test: SCL-Fälle/Nicht-SCL-Fälle, PTSD pos/neg, und kriegsbedingte Erfahrungen*

kriegsbedingte Erfahrung	ja/nein	Häufigkeit	SCL-Fall	Nicht-SCL-Fall	Chi <sup>2</sup> Signifikanz p =	PTSD-positiv	PTSD-negativ	Chi <sup>2</sup> Signifikanz p =
Längere Abwesenheit des Vaters	ja	54	16	38	0,504	9	45	0,317
	nein	6	1	5		2	4	
Trennung von der Mutter	ja	12	4	8	0,667	3	9	0,505
	nein	48	13	35		8	40	
Traumatisierung/ Gewalterfahrung der Mutter im Krieg	ja	21	32	11	0,015*	7	14	0,028*
	nein	39	7	32		4	35	
Verletzungen/ Beschädigungen von Geschwistern im Krieg	ja	16	5	11	0,762	2	14	0,481
	nein	44	12	32		9	35	
Tod von Geschwistern durch Kriegseinwirkungen	ja	4	2	2	0,32	1	3	0,721
	nein	56	15	41		10	46	
Trennung von der Familie (Evakuierung etc.)	ja	19	4	15	0,394	4	15	0,711
	nein	41	13	28		7	34	
eigenes Kriegserlebnis Flucht	ja	18	5	13	0,95	5	13	0,216
	nein	42	12	30		6	36	
Eigenes Kriegserlebnis Vertreibung	ja	12	3	9	0,774	1	11	0,317
	nein	48	14	34		10	38	
Ausbombung	ja	12	4	8	0,667	2	10	0,868
	nein	48	13	35		9	39	
Bombardierung	ja	25	9	16	0,265	7	18	0,102
	nein	35	8	27		4	31	
Fliegerangriffe	ja	43	12	31	0,907	8	35	0,931
	nein	17	5	12		3	14	

kriegsbedingte Erfahrung	ja/nein	Häufigkeit	SCL-Fall	Nicht-SCL-Fall	Chi <sup>2</sup> Signifikanz p =	PTSD-positiv	PTSD-negativ	Chi <sup>2</sup> Signifikanz p =
Eigenes traumatisches Erlebnis	ja	47	14	33	0,635	9	38	0,756
	nein	13	3	10		2	11	
Kat. A <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	21	6	15	0,899	5	16	0,478
	nein	37	10	27		6	31	
Kat.C <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	18	5	13	0,95	5	13	0,216
	nein	42	12	30		6	36	
Kat. D <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	26	7	19	0,823	5	21	0,875
	nein	34	10	24		6	28	
Kat. E <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	47	9	34	0,826	10	37	0,263
	nein	13	4	9		1	12	
Kat.F <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	57	17	40	0,264	10	47	0,491
	nein	3	0	3		1	2	
Kat. G <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	27	9	18	0,437	5	22	0,973
	nein	33	8	25		6	27	

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig)signifikant.

*Tabelle 5: kriegsbedingte Erfahrungen und Vergleich Mittelwertunterschiede  
1.: T-GSI und 2.: PTSD-Schwere-Score.*

kriegsbedingte Erfahrung	ja/nein	Häufigkeit	Mittelwert T-GSI	Signifikanz p =	Mittelwert PTSD-Schwere-Score	Signifikanz p =
Längere Abwesenheit des Vaters	ja	54	58	.298	15	.186
	nein	6	55		20,5	
Trennung von der Mutter	ja	12	57	.475	17,18	.288
	nein	48	57		14,69	
Traumatisierung/ Gewalterfahrung der Mutter im Krieg	ja	21	64	.000**	21,95	.000**
	nein	39	54		11,65	
Verletzungen/ Beschädigungen von Geschwistern im Krieg	ja	16	58	.328	15,5	.463
	nein	44	57		15,33	
Tod von Geschwistern durch Kriegseinwirkungen	ja	4	63	.141	24,25	.059
	nein	56	57		14,72	
Trennung von der Familie (Evakuierung etc.)	ja	19	56	.235	16,6	.386
	nein	41	59		15,8	
Eigenes Kriegserlebnis Flucht	ja	18	58	.377	14,78	.389
	nein	42	57		15,65	
Eigenes Kriegserlebnis Vertreibung	ja	12	55	.196	14,9	.440
	nein	48	58		15,5	
Ausbombung	ja	12	59	.328	18,5	.153
	nein	48	57		14,57	
Bombardierung	ja	25	59	.160	18,36	.047*
	nein	35	56		13,12	
Fliegerangriffe	ja	43	57	.375	14,61	.217
	nein	17	58		17,24	

kriegsbedingte Erfahrung	ja/nein	Häufigkeit	Mittelwert T-GSI	Signifikanz p =	Mittelwert PTSD-Schwere-Score	Signifikanz p =
Eigenes traumatisches Erlebnis	ja	47	58	.216	15,41	.483
	nein	13	55		15,25	
Kat. A <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	21	58	.422	15,2	.475
	nein	37	57		15,4	
Kat.C <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	18	57	.484	18,22	.110
	nein	42	57		14,1	
Kat. D <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	26	57	.332	14,73	.354
	nein	34	58		15,9	
Kat. E <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	47	58	.335	17,15	.012*
	nein	13	56		8,85	
Kat.F <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	57	54	.283	15,21	.288
	nein	3	58		20	
Kat. G <i>nach Hughes &amp; Katz</i>	ja	27	57	.486	17,38	.123
	nein	33	57		13,75	

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant

### 5.3.2. Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erfahrungen

Die einzelnen Kriegserfahrungen wurden nach der veränderten Version des Kategoriensystems kriegsbedingter Erfahrungen von Hughes (2005, 2007) und Katz (2004, 2007) zu 7 Kategorien ( Kat. A-G) kriegsbedingter Erfahrungen zusammengefasst (siehe Anhang 9.3). Die Frage, ob sich die PTSD-positiven Probanden hinsichtlich der Anzahl kriegsbedingter Erfahrungen von den PTSD-negativen Probanden unterscheiden wurde mittels eines T-Tests untersucht.

Dabei unterschieden sich die PTSD-positiven Probanden (4,5 Erfahrungen) von den PTSD-negativen Probanden (4,1 Erfahrungen) nur wenig. Der Unterschied war nicht signifikant ( $p=0,343$ ) (Abb.15).

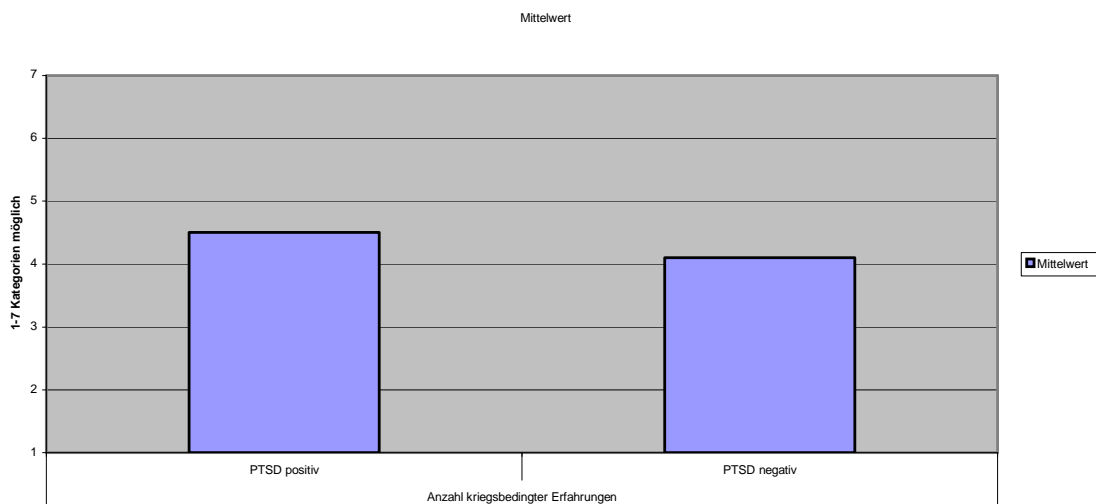


Abbildung 15: mittlere Anzahl kriegsbedingter Erfahrungen in der PTSD-positiven und PTSD-negativen Gruppe.

### 5.3.3. Traumaschwere und heutige psychische Belastung:

Um die Traumaschwere einzuschätzen, wurde ein Summenscore (1-6) aus den 4 Aussagen zum Kriterium A1 (Erleben der betroffenen Person) und den 2 Aussagen zum Kriterium A2 (Reaktion der betroffenen Person) im mPDS gebildet (s. Abschnitt 4.2.2 und Anhang: mPDS).

Es wurde die Frage untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Schwere des damals erlebten Traumas und der heutigen Belastung durch posttraumatische Symptome oder komorbide Beschwerden besteht.

Dieser Zusammenhang wurde mit der Berechnung der Korrelation nach Pearson (für die PTSD-Symptom-Schwere) und mit der Berechnung der Spearman-Rho-Korrelationskoeffizienten (für die Gruppen PTSD positiv/negativ und PTSDpositiv/negativ) überprüft. (s. Tabelle 6 und 7).

Die Gruppe der PTSD-positiven Probanden hatte signifikant schwerere Traumata erlebt als die Gruppe der PTSD-negativen Probanden. Es besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere des Traumas und der Schwere der heutigen posttraumatischen Symptomatik (gemessen durch den PTSD-Symptom-Schwere-Score (Foa, Manual PDS)).

Zwischen der Traumaschwere und dem Ausmaß der komorbiden Belastung konnte kein signifikanter Zusammenhang hergestellt werden.



Tabelle 6: Korrelation zwischen Traumaschwerescore und heutiger PTSD-Symptom-Schwere

		PTSD-Schwere-Score
Traumaschwerescore	Korrelation nach Pearson	.312**
	Signifikanz (einseitig)	.009
	N	58

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01(einseitig) signifikant

Tabelle 7: Korrelation zwischen Traumaschwerescore und PTSDpos/neg, SCL-Fall/Nicht-SCL-Fall

		PTSD positiv/negativ	SCL-Fälle/ Nicht-SCL- Fälle
Traumaschwere-Score	Korrelationskoeffizient (Spearman Rho)	.244*	.030
	Signifikanz (einseitig)	.030	.441
	N	60	60

\* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau (einseitig) signifikant

### 5.3. Fragebogen zur Kriegskindheit: „subjektive Einstellungen“ und heutige Symptomatik

Bezogen auf den zweiten Teil des Basisfragebogens „subjektive Einstellungen“ wurde die Frage untersucht, ob bestimmte Aussagen häufiger und andere seltener von Probanden gemacht wurden die

- o eine Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen
- o und /oder nach den Kriterien von Derogatis als SCL-Fall einzustufen sind.

Es wurden alle 33 Aussagen untersucht, wobei insbesondere die Überlegung von Interesse war, ob sich in den unterschiedlichen Antwortprofilen der PTSD-positiven gegenüber der PTSD-negativen Gruppe und der Gruppe der SCL-Fälle gegenüber der Gruppe der Nicht-SCL-Fälle protektive oder Risikofaktoren identifizieren lassen können.

Der Einfluss dieser unabhängigen Variablen auf die Variablen „Anzahl der SCL-Fälle/ Anzahl der Nicht-Fälle“ und „Anzahl der Probanden mit/ohne Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTSD-positiv/negativ) wurde mit dem T-Test ermittelt (s. Abbildung 14).

Die subjektive Einschätzung der verschiedenen Aussagen wird auf einer 5-stufigen Skala von 1= trifft sehr zu bis 5= trifft gar nicht zu angegeben, d.h. niedrige Mittelwerte bedeuten eine überwiegende Zustimmung zur Aussage und hohe Mittelwerte eine überwiegende Verneinung der Aussage. Die Antwortmöglichkeit 6= entfällt wurde in die Berechnung nicht mit einbezogen, so dass die Zahl der Probanden teilweise <60 ist.

#### 5.4.1. Antwortprofil „subjektive Einstellungen“ und heutige posttraumatische Symptomatik

Bei folgenden Fragen zeigte sich ein signifikanter bzw. hoch signifikanter Unterschied im Antwortverhalten der PTSD-positiven im Vergleich zur PTSD-negativen Gruppe (Tab. 8, Abb. 16):

Die Probanden mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung schätzten häufiger die eigenen Kriegserlebnisse als traumatisch (Frage 2), und ihr eigenes Verhalten in der Kindheit als durch Kriegsereignisse beeinflusst (Frage 9) ein. Ebenso erlebten diese sich häufiger noch immer durch ihre Kriegskindheit beeinträchtigt (Frage 33).

Die PTSD-positiven Probanden gaben wesentlich seltener an, nach dem Krieg in einer beschützenden, auffangenden Familie aufgewachsen zu sein (Frage 8), auch haben sie deutlich seltener mit ihren Kindern über die eigenen Kriegserlebnisse gesprochen (Frage 24).

*Tabelle 8: Ergebnisse T-Test: Vergleich der Mittelwerte „Subjektive Einstellungen“ der PTSD-positiven und der PTSD-negativen Gruppe.*

Item	Mittelwert 5 -stufige Skala PTSD positiv	Mittelwert 5-stufige Skala PTSD negativ	Signifikanz
Frage 2	2,18	2,89	.044*
Frage 9	1,45	2,15	.021*
Frage 33	2	3,17	.008**
Frage 8	4	2,26	.000**
Frage 24	3,5	2,31	.011*

\* Der Unterschied der Mittelwerte der beiden Gruppen ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

\*\* Der Unterschied der Mittelwerte der beiden Gruppen ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

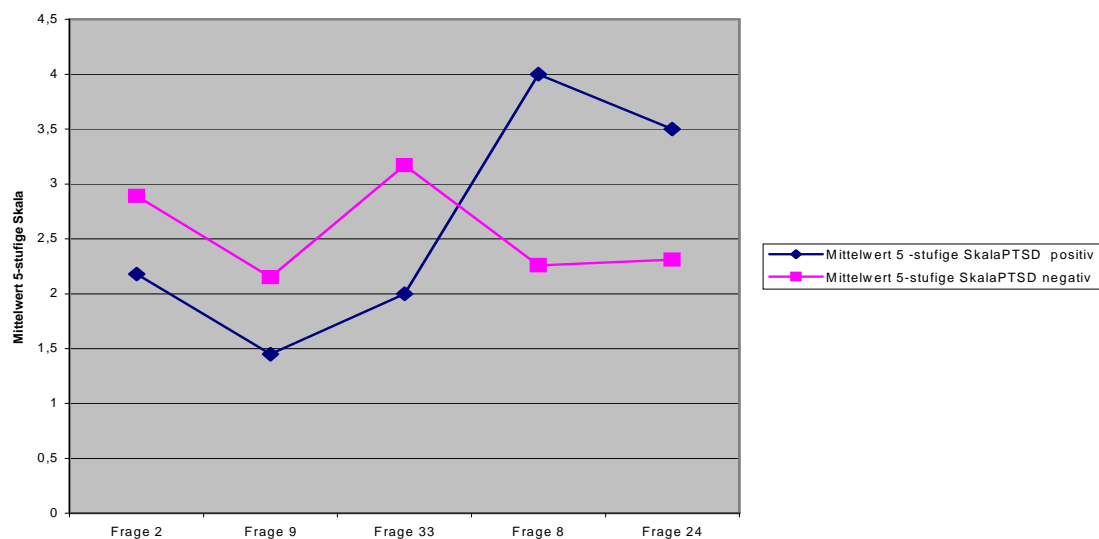


Abbildung 16: PTSD positiv/negativ und subjektive Einstellungen

#### 5.4.2. Antwortprofil „subjektive Einstellungen“ und heutige komorbide Belastung

Bei folgenden Fragen zeigte sich ein signifikanter bzw. hoch signifikanter Unterschied im Antwortverhalten der Gruppe der „SCL-Fälle“ im Vergleich zur Gruppe der „Nicht-SCL-Fälle“ (Tab 9, Abb.17):

Die als SCL-Fall eingestuften Probanden schätzten ebenfalls häufiger die eigenen Kriegserlebnisse als traumatisch (Frage 2) und ihr eigenes Verhalten in der Kindheit als durch Kriegsereignisse beeinflusst (Frage 9. ein. Ebenso erlebten diese sich häufiger noch immer durch ihre Kriegskindheit beeinträchtigt (Frage 33).

Die als SCL-Fall eingestuften Probanden gaben wesentlich seltener an, nach dem Krieg in einer beschützenden, auffangenden Familie aufgewachsen zu sein (Frage 8), auch haben sie deutlich seltener mit ihren Kindern über die eigenen Kriegserlebnisse gesprochen (Frage 24).

Zusätzlich unterschieden sich die als SCL-Fall eingestuften Probanden von den nicht als SCL-Fall eingestuften Probanden durch folgende Einschätzungen:

Sie fühlten sich in ihrer Kindheit und Jugendzeit durch Krieg und Nachkriegszeit beeinträchtigt (Frage 7), auch erlebten sie die Ehe ihrer Eltern nach dem Krieg durch die unterschiedlichen Erlebnisse als sehr beeinträchtigt (Frage 23). Sie gaben an, die Eltern hätten sich nie wieder vom Krieg erholt (Frage 26).

Sie bedauerten, ihre Eltern nicht mehr über die damaligen Ereignisse befragt zu haben (Frage 12) und gaben an, dass sie mit den Eltern über die eigenen schlimmen Erlebnisse

eher nicht sprechen konnten (Frage 19). Auch mit dem Partner konnten sie über die Kriegserlebnisse als Kind eher nicht sprechen (Frage 25).

Die Erinnerungen an den Krieg seien erst an bestimmten Stellen im Lebenszyklus (Lebensmitte) aufgetaucht (Frage 32):

*Tabelle 9: komorbide Belastung (T-GSI pos/neg) und subjektive Einstellungen*

Item	SCL-Fall	Nicht-SCL-Fall	Signifikanz
Frage 2	1,87	3,07	.000**
Frage 7	1,76	2,43	.028*
Frage 9	1,56	2,2	.018*
Frage 12	2,14	3,03	.043*
Frage 23	2	3	.031*
Frage 26	2,43	3,61	.004**
Frage 32	2,59	3,47	.034*
Frage 8	3,71	2,12	.000**
Frage 19	4,29	3,42	.033*
Frage 24	3,25	2,25	.014*
Frage 25	2,93	1,85	.004**

\* Der Unterschied der Mittelwerte der beiden Gruppen ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

\*\* Der Unterschied der Mittelwerte der beiden Gruppen ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

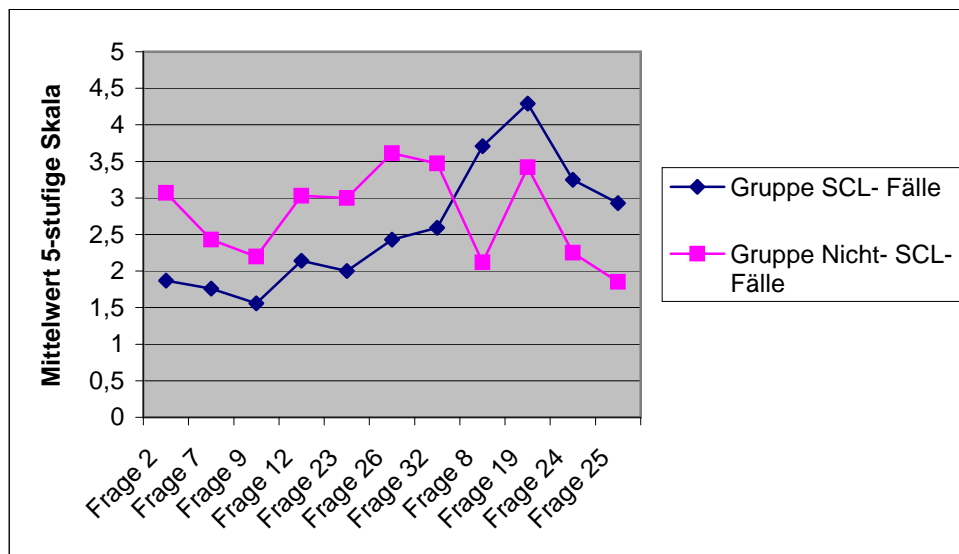


Abbildung 17: komorbide Belastung (SCL-Fall/ Nicht-SCL-Fall) und subjektive Einstellungen

## 6. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit vor dem Hintergrund der eingangs aufgestellten Hypothesen und der bereits vorliegenden Forschungsergebnisse ähnlicher Studien diskutiert.

### 6.1. Heutige Symptombelastung der Kriegskinder

Hypothese 1 zur PTSD-Prävalenz: An einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden in der untersuchten Stichprobe signifikant mehr Personen als in der Allgemeinbevölkerung. Die PTSD-Prävalenz lag mit 18,3% in der Gruppe der Kriegskinder deutlich höher als die in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ermittelte Lebenszeitprävalenz von 7,8% (Kessler et al., 1995).

Die Studien zu den Spätfolgen des zweiten Weltkrieges bei zivilen Kriegsopfern (Bramsen, 1999, Maercker, 1999, Teegen, 2000, Kuwert, 2006, Fischer, 2006) zeigen im Vergleich zur untersuchten Stichprobe niedrigere PTSD-Prävalenzen. Mögliche Begründungen sollen hier nicht im Einzelnen diskutiert werden, da sie für die Hypothese irrelevant sind. Der hohe Anteil an Probanden mit manifester posttraumatischer Symptomatik in der vorliegenden Studie könnte Ausdruck einer besonders traumatisierenden Kriegskindheit sein (viele Probanden erlebten schwere, wiederkehrende und langdauernde Traumata). Zudem kann die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit (die mit dem mPDS untersuchten Probanden des Münchner Kriegskindheitsprojekts wurden zuvor, allerdings in zeitlichem Abstand von bis zu einem Jahr, in einem ca. zweistündigen semistrukturierten Interview intensiv zu ihrer Kriegskindheit befragt) durchaus zu einer Symptomexazerbation oder Erstmanifestation posttraumatischer Symptome führen (Aarts & op den Velde, 1996, McFarlane, 1990).

Hypothese 2 zur komorbiden Belastung: Die Gruppe der Kriegskinder ist sehr viel stärker von komorbiden Symptomen betroffen, als die Durchschnittsbevölkerung. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Kriegskindheitsstudien, die ebenfalls eine überdurchschnittliche komorbide Symptomatik bei Kriegskindern beschreiben (Fischer, 2006, Teegen, 2000 und 2005, Kuwert, 2006). Zu bedenken ist, dass die deutsche repräsentative Eichstichprobe in der betroffenen Altersgruppe wahrscheinlich ebenfalls überwiegend aus Kriegskindern besteht, d.h. der Unterschied würde sonst eventuell noch stärker ausfallen. Betrachtet man die psychische Belastung der Kriegskinder in den einzelnen Subskalen des SCL 90, so fällt auf, dass die Probanden mit klinisch relevanter komorbider Belastung (Probanden, die als SCL-Fälle nach Derogatis einzustufen sind) in allen Subskalen erhöhte Werte aufweisen, bis auf die Skala „Somatisierung“, die deutlich im nicht auffälligen Bereich liegt. Die durchschnittliche Belastung der Kriegskinder auf der Somatisierungsskala liegt sogar niedriger als die der repräsentativen Eichstichprobe auf dieser

Skala. Möglicherweise findet sich hier ein Hinweis auf eine Unterbewertung der eigenen altersgemäßen körperlichen Beschwerden, ein darüber Hinwegsehen, wie es die Kriegskinder aufgrund ihrer besonderen Sozialisation gelernt haben (Ermann, 2004, Radebold, 2004).

Hypothese 3 zum Zusammenhang von posttraumatischer und komorbider Symptomatik: Innerhalb der untersuchten Stichprobe sind Probanden mit PTSD-Symptomatik stärker von komorbiden Symptomen betroffen als solche ohne PTSD-Symptomatik. 73 % der Probanden mit PTSD-Symptomatik litten auch unter einer klinisch relevanten komorbiden Symptomatik (SCL-Fälle). Das liegt sicher zum einen an der Überschneidung der PTSD-Definition (neben den traumaspezifischen Symptomen sind auch z.B. Angst- und Depressionssymptome enthalten) mit den Skalen des SCL90. Andererseits ist eine reine posttraumatische Symptomatik aber auch eher selten, in etwa drei Viertel kommen komorbide Symptome hinzu (Ermann, 2007).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sich die untersuchte Stichprobe durch eine im Vergleich zu repräsentativen Bevölkerungsgruppen aber auch im Vergleich zu einigen anderen Studien über die Kriegskinder des zweiten Weltkrieges deutlich höhere PTSD-Prävalenz auszeichnet. Die Belastung durch komorbide Symptomatik ist ebenfalls höher als in repräsentativen Vergleichsgruppen, insbesondere die Probanden mit PTSD-Symptomatik sind davon betroffen. Damit stützen die erhobenen Daten die Hypothesen 1-3.

## **6.2. Kriegserlebnisse und heutige posttraumatische / komorbide Symptomatik**

### **6.2.1. Fragebogen zur Kriegskindheit: Kriegserlebnisse / kriegsbedingte Familiensituation und heutige Symptomatik (PTSD und komorbide Belastung)**

Hypothese 4 zum Zusammenhang von heutiger Symptomatik und spezifischen Kriegserlebnissen: Es wurde überprüft, ob und in welcher Weise sich die Probanden mit PTSD- und/ oder komorbider Symptomatik bezüglich Ihrer mittelbaren und unmittelbaren Kriegserfahrungen von den klinisch unauffälligen Probanden unterscheiden.

- o Die Variable „Gewalterfahrung oder Traumatisierung der Mutter durch Kriegshandlungen oder Folgen“ wies einen hoch signifikanten Zusammenhang zur Schwere der posttraumatischen und komorbiden Symptomatik und einen signifikanten Zusammenhang zur Häufigkeit von posttraumatischen und komorbiden Symptomen auf.

- o Die Variablen „Bombardierungen“ und „Mangelerfahrungen (Hunger; Kälte, Armut in der Kriegs- und Nachkriegszeit)“ zeigten einen signifikanten Zusammenhang zur Schwere der heutigen posttraumatischen Symptomatik.
- o Bei nahezu allen anderen untersuchten Variablen war eine mehr oder weniger ausgeprägte Tendenz in die erwartete Richtung nachweisbar. Allerdings waren die Zusammenhänge bzw. Effektstärken nicht ausreichend, um bei gegebener Fallzahl und Stichprobenzusammensetzung die Grenzwerte statistischer Bedeutsamkeit zu überschreiten, was angesichts der kleinen Stichprobe mit den sehr schief verteilten Ausprägungen bzw. stark unterschiedlich besetzten Zellen nicht verwunderlich ist. Umgekehrt ausgedrückt müssten die gemessenen Effekte bei dieser Stichprobenstruktur so groß sein, dass sie weit über einem praxisrelevanten Unterschied der Teilgruppen liegen müssten, was wiederum angesichts der oft ohnehin schon hohen Skalenwerte kaum zu erwarten wäre („Deckeneffekt“).

Es bleibt festzuhalten, dass eine länger dauernde Trennung von der Mutter, eine Trennung von der Familie (Evakuierung, Kinderlandverschickung etc.), Flucht, Ausbombung oder ein eigenes kriegsbedingtes traumatisches Ereignis tendenziell häufiger posttraumatische und / oder komorbide Symptome zur Folge hatte, was auch andere Untersuchungen zum zweiten Weltkrieg gezeigt haben (Teegen et al., 2001, 2005, Maercker et al., 1999, Brähler et al., 2002). Besonders die Studie von Brähler et al., die auch hinsichtlich der untersuchten Alterskohorte gut vergleichbar ist, untermauert die ermittelten Tendenzen und Zusammenhänge. Hier waren körperliche und psychische Beeinträchtigungen bei Vertriebenen und vor allem bei Ausgebombten signifikant häufiger, wogegen die vorübergehende Abwesenheit der Väter keine Rolle spielte. Besonders interessant ist, dass bei den ausgebombten Probanden signifikant häufiger Panikattacken auftraten.

Bei alleiniger Betrachtung der Vertriebenen zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Diese leiden tendenziell etwas seltener an PTSD- und komorbiden Symptomen als Probanden, die nicht vertrieben wurden. Dies könnte darin begründet sein, dass die Vertriebenen aus der vorliegenden Stichprobe, die weitgehend in Süddeutschland leben und aus den Sudetengebieten stammen, zwar das Trauma der Vertreibung erlebten, aber vom Kriegsgeschehen eher verschont blieben als die Probanden aus westdeutschen Großstädten oder aus Pommern / Ostpreußen.

Insbesondere angesichts dieser eher gering ausgeprägten Zusammenhänge ist es umso bemerkenswerter, wie deutlich Gewalterfahrungen der Mütter mit der heutigen Symptomatik korrelieren. Hier ist es wichtig, sich noch einmal das Alter der Probanden während des für sie schlimmsten Kriegserlebnisses (im Mittel 6,2 Jahre) und die Bedeutung von nahen Bezugspersonen in dieser Zeit vor Augen zu führen.

Vor diesem Hintergrund könnte ein Erklärungsansatz darin liegen, dass die Fähigkeit der unmittelbaren Bezugspersonen, den Kindern Schutz und Sicherheit zu vermitteln, entscheidender für das traumatogene Potential der Situation war als die objektiven Kriegsge-



schehnisse. Die direkten Bezugspersonen in dieser Zeit waren vermutlich die Mütter, denn bei 93 % der Probanden war der Vater während des Krieges abwesend, längere Zeit ohne Mutter waren nur 20% der Probanden. Es ist anzunehmen, dass durch Gewalterfahrungen traumatisierte Mütter eher weniger schutz- und hoffnungsgebend auf ihre Kinder wirken konnten, als Mütter, die diese Erfahrungen nicht machen mussten. Die Studien von Anna Freud und Dorothy Burlingham (1943) zu den Londoner Kindern, die Bombenangriffe erlebten, von Laor, Wolmer & Cohen (2001) zum Zusammenhang von psychischem Funktionsniveau der Mütter und den Symptomen der Kinder nach Scud-Raketen- Angriffen auf Israel sowie von Bryce et al. (1989) zum Vorhersagewert mütterlicher Depressivität für die psychische Reaktion 5-7 jähriger libanesischer Kinder auf Kriegereignisse, weisen in diese Richtung.

Die Frage, warum eigene Mangel Erfahrungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit so deutlich mit der heutigen Symptomatik korrelieren ist angesichts der sehr weiten Definition dieser Kategorie nicht schlüssig zu beantworten.

Die Hypothese 4 kann als bestätigt angesehen werden, da signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Kriegserlebnissen und der heutigen Symptomatik nachweisbar waren.

### **6.2.2. Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erlebnisse und heutige posttraumatische/ komorbide Symptomatik**

Vor dem Hintergrund der Überlegungen zu Hypothese 5, dass schwere Traumatisierungen auch durch Zusammentreffen oder Aufeinanderfolgen von einzeln nicht traumatischen Ereignissen (additive oder sequentielle Traumatisierung, s. Ermann 2007), wurde der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erlebnisse und der heutigen Belastung durch posttraumatische und/oder komorbide Symptomatik untersucht.

In einer Diplomarbeit zu „Kriegsbedingten Erfahrungen im Spiegel der Selbsteinschätzung“ (Alegiani-Sagnotti, 2006) an einem größeren Kollektiv aus dem Münchner Kriegskindheitsprojekt zeigte sich zwischen den Probanden, die sich durch die Kriegserlebnisse beeinträchtigt sahen und denjenigen, die sich nicht als beeinträchtigt erlebten, ein signifikanter Unterschied bezüglich der Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erfahrungen. Posttraumatische und komorbide Symptomatik wurden hier nicht erfasst, dennoch stützt diese Untersuchung die oben formulierte Hypothese.

In der vorliegenden Arbeit konnte diese Annahme jedoch nicht bestätigt werden. Die Probanden mit posttraumatischer und/ oder komorbider Symptomatik unterschieden sich nur geringfügig (Kriegserfahrungen in 4,5 Kategorien) von den Probanden ohne die genannte Symptomatik (Kriegserfahrungen in 4,1 Kategorien). Hierfür kann einerseits erneut die kleine Stichprobengröße verantwortlich gemacht werden, aber auch der Umstand, dass die Selbsteinschätzung als beeinträchtigt durchaus nicht mit der tatsächlichen Symptomatik übereinstimmen muss.

### 6.2.3. Traumaschwere und heutige Belastung

Die Hypothese 6, dass Personen mit PTSD-Symptomatik und / oder einer klinisch relevanten komorbiden Symptomatik (SCL-Fälle) schwerere Traumata erlebt haben als Probanden ohne diese Symptomatik, konnte durch diese Untersuchung teilweise gestützt werden. Der Zusammenhang war nur zwischen der vorhandenen PTSD-Symptomatik und der Traumaschwere, nicht aber zwischen der vorhandenen komorbiden Symptomatik und der Traumaschwere signifikant. Die aktuelle PTSD-Symptomatik war umso ausgeprägter, je schwerer das Trauma in der Kriegskindheit war. Diese Ergebnisse stimmen mit den Forschungsergebnissen überein. In der Literatur wird eine Dosis- Wirkungsbeziehung zwischen Traumaschwere und Symptomausprägung in der Mehrzahl der Studien beschrieben (March, 1993 in Maercker, 1997).

### 6.3. Subjektive Einstellungen und heutige posttraumatische und komorbide Belastung.

Die Untersuchung der 33 subjektiven Einstellungen im Fragebogen zur Kriegskindheit ergab ein spezifisches Einstellungsprofil von 5 Aussagen, hinsichtlich derer sich die Probanden mit posttraumatischer Symptomatik von den Probanden ohne posttraumatischer Symptomatik hoch signifikant oder signifikant unterschieden. Die Gruppe der als SCL-Fälle eingestuften Probanden unterschied sich von den Nicht-SCL-Fällen hoch signifikant oder signifikant durch ein Profil von 11 Aussagen.

Innerhalb dieser Antwortprofile können Schutz- und Risikofaktoren (bzw. die Abwesenheit von Schutzfaktoren) identifiziert werden (s. Abschnitt 2.1.3.). Somit kann die Hypothese 7, wonach Personen mit PTSD-Symptomatik und / oder einer klinisch relevanten komorbiden Symptomatik weniger Schutzfaktoren (erinnern sich an ein weniger schützendes Umfeld während oder nach den Traumatisierungen) haben als Personen ohne PTSD-Symptomatik oder ohne klinisch relevante komorbide Symptomatik, bestätigt werden. Nachfolgend werden die Antwortprofile genauer erörtert:

Probanden, die trotz ausgeprägter potentiell traumatischer Kriegserfahrungen (über 90 % der Probanden erlebten z.B: militärische Angriffe auf Zivilisten, 50% der schlimmsten Kriegserlebnisse beziehen sich auf diese Kategorie) keine posttraumatischen oder komorbiden Symptome entwickelten, berichteten hoch signifikant häufiger über ein beschützendes und auffangendes familiäres Umfeld in der Nachkriegszeit. Später haben sie signifikant häufiger mit ihren Kindern über ihre Kriegserlebnisse gesprochen. Die protektive Funktion der hier ermittelten Faktoren *emotionale Unterstützung* und *von Offenheit geprägter Bewältigungsstil* für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse ist in der Forschung gut belegt (Solomon 1988 Schützwohl & Maercker 1997, Pennebaker 1989 in Maercker 1997, Laoer 2001, Almquist & Broberg 1999).

---

Die sonstigen, zum Antwortprofil gehörenden Aussagen (Kindheit als weniger traumatisch erlebt, Verhalten in der Kindheit weniger durch Kriegserlebnisse beeinträchtigt gewesen, heute nicht mehr durch Kriegskindheit beeinträchtigt), können zu verschiedenen Überlegungen anregen. Einerseits kann es sein, dass diese Probanden tatsächlich weniger und mildere Kriegserlebnisse innerhalb der oben genannten Kategorie hatten, andererseits ist es auch sehr gut möglich, dass nach so langer Zeit der Bewältigungsstil im Vordergrund steht. Dann könnten diese Aussagen als Ausdruck einer guten Bewältigung der traumatisierenden Kriegserlebnisse unter günstigen Bedingungen (protektive Faktoren) interpretiert werden.

Probanden ohne komorbide Symptomatik unterschieden sich zusätzlich von den Probanden mit komorbider Belastung dadurch, dass sie sich in Kindheit und Jugend weniger durch die Kriegs- und Nachkriegszeit beeinträchtigt fühlten. Auch erlebten sie ihre Eltern als weniger beeinträchtigt. Sie konnten eher mehr mit ihren Eltern und mit ihrem Partner über die Kriegsergebnisse sprechen. Auch hier kann vermutet werden, dass weniger beeinträchtigte Eltern emotional besser für ihre Kinder zur Verfügung stehen (protektiver Faktor emotionale Unterstützung). Die anderen Aussagen stützen die Annahme über den offenen Bewältigungsstil (mit den Eltern und mit dem Partner über die Kriegsergebnisse sprechen).

## 7. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen Kriegserlebnissen und der heutigen posttraumatischen und komorbiden Symptomatik der Kriegskinder des zweiten Weltkrieges untersucht.

Hierzu wurde im Rahmen des Kriegskindheitsprojekts an der LMU München an einer Stichprobe von 60 seit Kriegsende in Westdeutschland lebenden Probanden der Jahrgänge 1933-1946 Daten zu den eigenen Kriegserlebnissen und zur Bewertung der Kriegskindheit mit dem „Fragebogen zur Kriegskindheit“ (veränderte Fassung des „Fragebogens für PsychoanalytikerInnen“, Schlesinger-Kipp, 2003) erhoben.

Zudem wurde die heutige Belastung durch posttraumatische Symptome mit dem mPDS (Kuwert et al., 2006), einer modifizierten Form der Posttraumatic Diagnostic Scale von Foa (1996), sowie die komorbide Symptomatik mit der deutschen Version (Franke, ) der Symptomcheckliste SCL-90 von Derogatis (1977) erhoben.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Forschungsergebnisse und des multifaktoriellen Rahmenmodells psychischer Traumatisierungen (Maercker 1997) wurde das Ausmaß der Belastung der Kriegskinder durch posttraumatische und komorbide Beschwerden im Vergleich zu repräsentativen Bevölkerungsstichproben untersucht. Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen Kriegserfahrungen (Art, Häufigkeit, Schwere) und heutiger posttraumatischer und komorbider Symptomatik sowie die moderierende Auswirkung protektiver Faktoren auf die heutige Symptombelastung untersucht.

Gemäß der Hypothesen 1-3 konnte gezeigt werden, dass die Gruppe der Kriegskinder signifikant stärker durch posttraumatische und komorbide Symptome belastet ist, als eine altersentsprechende repräsentative Vergleichsstichprobe.

Herausragendes Ergebnis bei der Untersuchung der Hypothese 4 ist ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen kriegsbedingten Gewalterfahrungen der Mutter und der heutigen posttraumatischen Symptomatik der Probanden. Auch die Variablen Bombardierungen und gravierende Mangel Erfahrungen zeigten einen signifikanten Zusammenhang zur posttraumatischen Symptomatik. Bezüglich der sonstigen Kriegserlebnisse konnten positive Korrelationen zur heutigen Symptomatik bei nahezu allen Ereignissen festgestellt werden, wobei der Zusammenhang nicht signifikant war.

Die Hypothese 5, wonach sich die Probanden mit posttraumatischer oder komorbider Symptomatik hinsichtlich der Anzahl der Kategorien kriegsbedingter Erlebnisse von den Probanden ohne diese Symptomatik unterscheiden, konnte durch die vorliegenden Daten nicht gestützt werden.

---

Zwischen der Schwere der erlebten Traumata und der Häufigkeit und Schwere der heutigen posttraumatischen Symptomatik konnte ein signifikanter Zusammenhang gezeigt werden, was mit Hypothese 6 übereinstimmt.

Gemäß Hypothese 7 konnten protektive Faktoren (soziale/emotionale Unterstützung, offener Bewältigungsstil) identifiziert werden, die im Antwortprofil (zweiter Teil des Fragebogens zur Kriegskindheit) der Probanden ohne posttraumatische und komorbide Symptomatik signifikant häufiger genannt wurden als im Antwortprofil der Probanden mit posttraumatischer und komorbider Belastung.

#### Zusammenfassende Beurteilung

Unsere Ergebnisse bestätigen die Befunde der zitierten Studien. Es zeigte sich, dass die Kriegskindheit nach 60 Jahren deutliche Spuren hinterlassen hat, die womöglich mit fortschreitendem Alter stärker in Erscheinung treten, wenn die Bewältigungsstrategien ermüden.

---

## 8. Literaturverzeichnis

- Alegiani-Sagnotti, S. (2006). Kriegsbedingte Erfahrungen im Spiegel der Selbsteinschätzung bei Kriegskindern. Diplomarbeit im Rahmen des Münchner Kriegskindheitsprojekts.
- Almquist, K. & Broberg, A.G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee Children 3 ½ after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38. 723-730.
- American Psychiatric Association (deutsche Übersetzung 2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe
- Antonowsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche Ausgabe von Franke. Dgvt: Tübingen.
- Averill, P.M. & Beck, J.G. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults: A Conceptual Review. *Journal of Anxiety Disorders* 14, 2. 133-156.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V. & Schwab-Stone, M. ( 2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:1. 41-62.
- Bodmann, F.(1941). War conditions and the mental health of the child. *British Medical Journal* 2. 486-488.
- Bramsen, I. & van der Ploeg, M. (1999). Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100. 350-358.
- Bryce, J. Walker, N., Ghorayeb, F. & Kanji, M. (1989). Life experience, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. *Social Science and Medicine* 28. 685-695.
- Dyregnov, A., Gjestad, R. & Raundalen, M. ( 2002) Children Exposed to Warfare: A Longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15,1. 59-68.
- Ermann, M. (2007). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf Psychoanalytischer Grundlage. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M. (2004). Wir Kriegskinder. *Forum Psychoanalyse* 20, 226-239. Berlin: Springer.

- 
- Ermann, M., Huhges, M. L. & Katz, D. (2007). Kriegskindheit in Psychotherapieberichten. Forum der Psychoanalyse 23, 181-191. Berlin: Springer.
- Fischer, C. J., Struwe, J. Lemke & M.R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem II: Weltkrieg. Nervenarzt 77, 58-63.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co Verlag.
- Flatten, G., Hofman, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (2001). Post-traumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext. Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. & Rothbaum, B.O. (1992) Uncntrollability and unpredictability in pottraumatic stress disorder.: An animal model. Psychological Bulletin. 112, 218-238.
- Foa; E. B., (1996). PDS: The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. Manual. Pearson Assessments.
- Foa. E. B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic diagnostic Scale. Psychological Assessment 9, 445-451.
- Franke, G. H. (2002). Die Symptom-Checkliste SCL-90-R von L.R. Derogatis, Manual, 2. vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage, Göttingen: Beltz Test-GmbH.
- Frankl, V. E. (1973). Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Freiburg: Herder.
- Franz, M., Liebertz, K. & Schepank, H. (2005). Das Fehlen der Väter und die spätere seelische Entwicklung der Kriegskinder in einer deutschen Bevölkerungs-stichprobe. In: Radebold, H.. (2005). Kindheiten im II Weltkrieg und ihre Folgen. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial.
- Freud, A. & Burlingham, D. (1943). War and Children. Neuauflage 1973. Greenwood Pr.
- Goldstein, R. D., Wampler, N.S. & Wiese, P.H. (1997). War experiences and and distress symptoms of Bosnian children. Pediatrics 100. 873-878.
- Greb, T., Pilz, U. & Lamparter, U. (2000). Das Erleben von Krieg, Heimatverlust und Flucht in Kindheit und Jugend bei einem Kollektiv bypassoperierter Herzinfarkt-patienten. In: Radebold, H.. (2005). Kindheiten im II Weltkrieg und ihre Folgen. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial

- 
- Hadi, F. A. & Llabre, M. (1998). The gulf Crisis Experience of Kuwaiti Children: Psychological and Cognitive Faktors. *Journal of Traumatic Stress* 11,1. 45-56.
- Hughes, M. L. (2005) Kriegskindheit im Spiegel von Psychotherapieberichten. Diplomarbeit im Rahmen des Münchner Kriegskindheitsprojekts.
- Katz, D. (2004). Deutsche Kriegskindheit und ihre Berücksichtigung in der Psychotherapie. Diplomarbeit im Rahmen des Münchner Kriegskindheitsprojekts.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, Ch. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52.1048-1060
- Kinzie, J. D., Sack, W.H. , Angell, R. H., Masson, S, & Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 25. 370-376.
- Kolk, B. A. v.d., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Dt. Übersetzung 2000. Paderborn: Jungfermann.
- Kuterovac-Jagodic, G. (2003). Posttraumatic Stress Symptoms in Croatian Children Exposed to War: A Prospektive Study. *Journal of clinical Psychology*. 59 (1). 9-25.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann M. (2006). Posttraumatische Symptome als Spätfolge von Kindheiten im II: Weltkrieg. Studie im Rahmen des Münchner Kriegskindheitsprojekts.
- Laoer, N., Wolmer, L. & Cohen, D. J. (2001). Mothers`Functioning an Children`s Symptoms 5 Years after a SCUD-Missile Attack. *American Journal of Psychiatry* 158. 1020-1026.
- Lorenz, R. (2004). *Salutogenese*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co.
- Macksoud, M. S. & Aber, J. L. (1996). The War Experience and Psychosocial development of Children in Lebanon. *Child Development* 67. 70-88.
- Maercker A. (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin: Springer.
- Maerker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *ZfGP* 12.157-167.
- McFarlane, A. (1990). Posttraumatic Stress Disorder. *International Review of Psychiatry* 3. 203-213.
- McLeod, A. D. (1994). The reactivation of post-traumatic stress disorder in later life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 28, 625-634.



- 
- Mitscherlich, A. & M. (1977). Die Unfähigkeit zu trauern. 18. Auflage 2004. München: Piper.
- Nader, K. O. & Pynoos, R. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf Crisis. *British Journal of Clinical Psychology* 32. 407-416.
- Pennebaker, J. W., Barger, S.D. & Tiebout, (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust Survivors. *Psychosomatic Medicine* 51, 577-589.
- Radebold, H. (2004). „Kriegskinder“ im Alter: Bei der Diagnose historisch denken. *Dt. Ärzteblatt* 101, Ausgabe 27.
- Saigh, P. A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder follows four different types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy* 29. 213-216.
- Shaw, J. A. (2003). Children Exposed to War/ Terrorism. *Clinical child and Family Psychology Review* 6,4. 237-246.
- Teegen, F. & Meister, V.(2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II: Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *ZfGP* 13/2000.112-124.
- Teegen, F.; Cizmic, L.-D. & Meister, V. (2005). Traumatische Erlebnisse im II Weltkrieg und Belastungsstörungen im Alter.
- Thabet, A. A. M. & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic Stress Reactions in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40,3. 385-391.
- WHO (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10. 3. Auflage 1999. Bern: Hans Huber.

## **9. Anhang**

## 9.1 Fragebogen zur Kriegskindheit

**Projekt Kriegskindheit.eu**  
 an der Universität München  
 „Europäische Kriegskindheit im II. Weltkrieg und ihre Folgen“  
 Leitung: Prof. Dr. Michael Ermann

Abt. Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik  
 Nußbaumstr. 7 – 80336 München – Tel. 089 / 5160 3358

**Beirat**  
 G. Brockhaus, München  
 S. Erlich, Jerusalem  
 H. Freyberger, Greifswald  
 H. Keupp, München  
 O. Kernberg, New York  
 M. Leuzinger-Bohleber,  
 Frankfurt am Main  
 W. Mertens, München  
 A. Sandler, London

[www.kriegskindheit.de](http://www.kriegskindheit.de)

Ludwig ... **LMU**  
 Maximilians-  
 Universität ...  
 München ...

### Fragebogen zur Kriegskindheit Münchener Version\*

Die folgenden Stichworte beziehen sich auf Ihre Kindheit während des II. Weltkrieges oder die unmittelbaren Folgen. Bitte machen Sie zu den folgenden Stichworten Angaben, indem Sie jeweils das für Sie am ehesten zutreffende Feld ankreuzen bzw. einen entsprechenden Kommentar geben. Bei Themen, zu denen Sie keine persönliche Erinnerung haben, machen Sie Ihre Angaben bitte so, wie es Ihnen aufgrund von Erzählungen oder anderer Informationen möglich ist.

Wir sichern Ihnen vollständige Anonymität zu. Bitte geben Sie auf diesem Bogen deshalb keinen Namen an und senden Sie ihn ohne Absender an die

**Projekt Kriegskindheit.eu**  
 Abt. Psychotherapie und Psychosomatik  
 Nußbaumstr. 7, 80336 München

Sollten Sie allerdings bereit sein, sich an einem Kriegskindheits-Interview zu beteiligen, dann füllen Sie bitte das anhängende Blatt "Bereitschafts-Erklärung zum Interview" mit aus und schicken Sie es zusammen mit diesem Bogen mit zurück. In diesem Falle setzen wir Ihre Bereitschaft voraus, dass wir auch diesen Fragebogen mit für die – selbstverständlich völlig anonymisierte – Gesamtauswertung mit einbeziehen.

#### Persönliche Daten

- Geschlecht: ☐ weiblich; ☐ männlich
- Geburtsjahr: \_\_\_\_\_
- Geburtsort:
 

<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> im heutigen Deutschland
<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> in ehemals deutschen Ostgebieten
<input type="checkbox"/> auf dem Lande	<input type="checkbox"/> in Gebieten, die zwischen 1933 und 1939 dem damaligen Deutschen Reich "angeschlossen" wurden
- Schwangerschaft und Geburt:
 

<input type="checkbox"/> besondere kriegsbedingte Umstände, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war:
_____
<input type="checkbox"/> besondere kriegsbedingte Umstände während Ihrer Geburt
_____

\* Veränderte Fassung des "Fragebogens für PsychoanalytikerInnen" des Forschungsprojektes "Kriegskindheit in der Erinnerung von PsychoanalytikerInnen in Deutschland" von Dipl.-Psych. Gertraud Schlesinger-Kipp, Kassel 2003

**Herkunftsfamilie**

**Vater, Stiefvater, Pflegevater** (bezogen auf die Jahre 1936 – 1945; bitte ggf. erläutern. Wenn mehrere Bezugspersonen vorhanden waren und für jeden die folgenden Fragen beantworten)

	Vater	<input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/> anderer Vaterersatz (bitte unten erläutern)
Geburtsjahr		
Langdauernde Abwesenheit von der Familie	von                      bis	von                      bis
Gründe für die Abwesenheit:	<input type="checkbox"/> Kriegsteilnahme <input type="checkbox"/> Kriegsgefangenschaft <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Kriegsteilnahme <input type="checkbox"/> Kriegsgefangenschaft <input type="checkbox"/> andere:
Wenn Kriegsteilnahme:	<input type="checkbox"/> als Soldat <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> als Soldat <input type="checkbox"/> andere:
Wenn keine Kriegsteilnahme, Gründe dafür:		
Mitgliedschaften	<input type="checkbox"/> in der NSDAP <input type="checkbox"/> in anderen NS-Organisationen	
Verfolgung	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür
Nachteile aus politischen / religiösen Gründen	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür
Kriegsfolgen	<input type="checkbox"/> gefallen <input type="checkbox"/> vermisst, für tot erklärt <input type="checkbox"/> dauerhaft verletzt, chronisch krank <input type="checkbox"/> an Kriegsverletzung verstorben <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen verstorben <input type="checkbox"/> andere Folgen (beruflich, sozial)	<input type="checkbox"/> gefallen <input type="checkbox"/> vermisst, für tot erklärt <input type="checkbox"/> dauerhaft verletzt, chronisch krank <input type="checkbox"/> an Kriegsverletzung verstorben <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen verstorben <input type="checkbox"/> andere Folgen (beruflich, sozial)
falls verstorben:	Todesjahr: _____ <input type="checkbox"/> im Kriege <input type="checkbox"/> an Kriegsfolgen <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen:	Todesjahr: _____ <input type="checkbox"/> im Kriege <input type="checkbox"/> an Kriegsfolgen <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen:

Erläuterungen zu besonderen Verhältnissen im Zusammenhang mit Vater/Stiefvater usw.:

**Mutter, Stiefmutter, Pflegemutter, anderer Mutterersatz** (bezogen auf die Jahre 1936 – 1945; bitte ggf. erläutern. Wenn mehrere Bezugspersonen vorhanden waren und für jeden die folgenden Fragen beantworten)

	Mutter	<input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/> anderer Mutterersatz (bitte unten erläutern)
Geburtsjahr		
Langdauernde Trennungen von Ihnen	von            bis	von            bis
Gründe für die Trennung:	<input type="checkbox"/> kriegsbedingt; welche? <input type="checkbox"/> krankheitsbedingt; welche? <input type="checkbox"/> andere; welche?	<input type="checkbox"/> kriegsbedingt; welche? <input type="checkbox"/> krankheitsbedingt; welche? <input type="checkbox"/> andere; welche?
Kriegserfahrungen:	<input type="checkbox"/> Verletzung, Beschädigung, Gewalterfahrung <input type="checkbox"/> Traumatisierung durch Kriegshandlungen oder -folgen	<input type="checkbox"/> Verletzung, Beschädigung, Gewalterfahrung <input type="checkbox"/> Traumatisierung durch Kriegshandlungen oder -folgen
Mitgliedschaften	<input type="checkbox"/> in der NSDAP <input type="checkbox"/> in anderen NS-Organisationen	<input type="checkbox"/> in der NSDAP <input type="checkbox"/> in anderen NS-Organisationen
Verfolgung	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür
Nachteile aus politischen / religiösen Gründen	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür	<input type="checkbox"/> ja, Gründe dafür
falls verstorben:	Todesjahr: _____ <input type="checkbox"/> im Kriege <input type="checkbox"/> an Kriegsfolgen <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen:	Todesjahr: _____ <input type="checkbox"/> im Kriege <input type="checkbox"/> an Kriegsfolgen <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen:

Erläuterungen zu besonderen Verhältnissen im Zusammenhang mit Mutter, Stiefmutter usw.:

**Eltern** (bezogen auf die Jahre 1936 – 1945; bitte ggf. erläutern, wenn mehrere Bezugspersonen vorhanden waren, ggf. für Stiefeltern, Pflegeeltern folgende Daten getrennt angeben)

	Eltern	<input type="checkbox"/> Stiefeltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern (bitte unten erläutern)
Sozialstand bis 1945	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____

Erläuterungen zu besonderen Verhältnissen:

---



---

#### Geschwister

- Wie viele Kinder waren Sie insgesamt (bezogen auf die Zeit 1936 – 45): \_\_\_\_\_
- Welche Stellung hatten Sie in der Geschwisterfolge:      Kind
- Unmittelbare Verletzung, Beschädigung, Traumatisierung von Geschwistern durch den Krieg oder Kriegsfolgen:  
\_\_\_\_\_
- Tod von Geschwistern durch Kriegseinwirkung oder als Kriegsfolge: ☐ ja; ☐ nein
- Weitere Geschwister nach 1945 geboren (Geburtsjahre): 1. \_\_\_\_\_; 2. \_\_\_\_\_; 3. \_\_\_\_\_

#### Andere wichtige Bezugspersonen bis 1945

- der Großeltern-Generation: wer? \_\_\_\_\_
- der Elterngeneration: wer? \_\_\_\_\_
- Ihrer eigenen Generation: wer? \_\_\_\_\_

Erläuterungen dazu:

---

**Ihre eigenen Kriegserlebnisse (Mehrfachnennungen möglich)**

- Trennungen von der Familie: ☐ ja; ☐ nein  
 wenn ja: Dauer \_\_\_\_ Monate ab 19 \_\_\_\_\_.  
 wegen ☐ Evakuierung  
☐ Kinderlandverschickung  
☐ Aufenthalt in Pflegefamilie  
☐ Aufenthalt in Kinderheim  
☐ andere Gründe: \_\_\_\_\_  
 Bezugsperson in dieser Zeit: \_\_\_\_\_
  
- Flucht: ☐ ja; ☐ nein  
 wenn ja: im Jahr 19 \_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ (Gegend)
  
- Vertreibung ☐ ja; ☐ nein  
 wenn ja: im Jahr 19 \_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ (Gegend)
  
- Vom Bombenkrieg betroffen  
☐ Ausbombung  
☐ Bombardierungen  
☐ Fliegerangriffe
  
- Andere kriegsbedingte Erfahrungen  
☐ Hunger von 19 \_\_\_\_ bis 19 \_\_\_\_ (Jahresangaben)  
☐ Armut von 19 \_\_\_\_ bis 19 \_\_\_\_ (Jahresangaben)  
☐ Eigene Krankheit: wann 19 \_\_\_\_ (Jahr), was: \_\_\_\_\_  
☐ Eigenes kriegsbezogenes traumatisches Erlebnis in der Kriegszeit oder kurz danach?  
 Wenn ja, Erläuterungen dazu: \_\_\_\_\_  
☐ Zeuge eines Traumas anderer  
 Wenn ja, Erläuterungen dazu (wer war betroffen, was geschah, wie waren Sie beteiligt?) \_\_\_\_\_
  
- Wo und wie haben Sie das Kriegsende erlebt?  
 \_\_\_\_\_

**Nachkriegszeit (1945-1955)**

- Wodurch zeichnete sich die Nachkriegszeit in Ihrer Erinnerung besonders aus?
  - ☐ Hunger, Kälte, Armut
  - ☐ Beengte Wohnsituation
  - ☐ Vertreibung
  - ☐ Rückkehr des Vaters
  - ☐ weitere Einschnitte oder für Sie persönlich bedeutsame Ereignisse in dieser Zeit:

- In welchem Teil Deutschlands haben Sie gelebt?
  - ☐ Ostdeutschland / russische Zone / DDR (ggf. von 19\_\_ bis 19\_\_)
  - ☐ Westdeutschland / Westzonen / BRD (ggf. von 19\_\_ bis 19\_\_)
  - ☐ Westberlin (ggf. von 19\_\_ bis 19\_\_)

**Sozialer Status**

Ihr Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ihr Berufsabschluss: \_\_\_\_\_

Ihre gegenwärtige oder letzte Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss Ihres Vaters: \_\_\_\_\_

Berufsabschluss Ihres Vaters: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit vor/während Krieg: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit nach dem Krieg: \_\_\_\_\_

Schulabschluss Ihrer Mutter: \_\_\_\_\_

Berufsabschluss Ihrer Mutter: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit vor/während Krieg: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit nach dem Krieg: \_\_\_\_\_

**Jetzige Situation**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verheiratet           | ▪ Anzahl Ihrer festen Beziehungen mit über 3 Jahre Dauer (egal ob |
| <input type="checkbox"/> wieder verheiratet    | verheiratet oder nicht) _____                                     |
| <input type="checkbox"/> mit Partner/in lebend | ▪ Anzahl Ihrer Kinder _____                                       |
| <input type="checkbox"/> allein lebend         | ▪ Anzahl Ihrer Enkelkinder _____                                  |
| <input type="checkbox"/> ledig                 |   |
| <input type="checkbox"/> verwitwet             |   |
| <input type="checkbox"/> geschieden            |   |



Bitte geben Sie zu den nachfolgenden Fragen Ihre subjektive Einschätzung ab, indem Sie das für Sie am besten zutreffende Feld ankreuzen\*:

		trifft sehr zu				trifft gar nicht zu	entfällt
		1	2	3	4	5	
1.	Ich finde es besser, die Vergangenheit ruhen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Meine eigenen Erlebnisse in der Kriegszeit/Nachkriegszeit würde ich selbst als traumatisch einschätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Auf Grund der deutschen Schuld habe ich es bisher vermieden, darüber zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich habe positive Erinnerungen an die Kriegszeit (Zusammenhalt...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich habe positive Erinnerungen an die Nachkriegszeit (Ungebundenheit, Herumstromern, Abenteuer, Gruppenerlebnisse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die Nachkriegszeit war für mich schlimmer als die Kriegszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich fühle mich in meiner Kindheit und Jugendzeit durch den Krieg und Nachkriegszeit beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich denke, ich bin nach dem Krieg in einer beschützenden, auffangenden Familie aufgewachsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mein eigenes Verhalten in der Kindheit würde ich als durch die Kriegsergebnisse beeinflusst beschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Mein Vater hat sich durch den Krieg verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Meine Mutter hat sich durch den Krieg verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich bedauere es jetzt, meine Eltern nicht mehr über die Ereignisse damals befragt zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Meine Eltern haben mir zuviel von ihren Kriegserlebnissen erzählt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Meine Eltern haben zuviel geschwiegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich konnte mit meinen Eltern über die Verbrechen der Nazis sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich konnte mit meinen Eltern über ihre eigene (Mit)Täterschaft sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich habe mit meinen Eltern über ihre Erlebnisse als Verfolgte gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Einstellungsfragebogen des Forschungsprojektes "Kriegskindheit in der Erinnerung von PsychoanalytikerInnen in Deutschland" von Dipl.-Psych. Gertraud Schlesinger-Kipp, Kassel 2003

	trifft sehr zu					trifft gar nicht zu	entfällt
	1	2	3	4	5		
18. Meine Familie hat durch den Krieg schlimme Verluste erlitten (Angehörige, Heimat, Vermögen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
19. Ich konnte mit meinen Eltern über meine schlimmen Erlebnisse sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20. Ich hatte das Gefühl, meiner Mutter den abwesenden Vater ersetzen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
21. Ich habe sehr früh Verantwortung übernommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. Die Rückkehr des Vaters habe ich positiv in Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23. Die Ehe meiner Eltern war nach dem Krieg durch die unterschiedlichen Erlebnisse sehr beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Ich habe mit meinen eigenen Kindern über meine Kriegserlebnisse gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25. Ich habe mit meinem Partner/meiner Partnerin über meine Kriegserlebnisse als Kind gesprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26. Meine Eltern haben sich nie wieder vom Krieg erholt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27. In der Lehranalyse wurde über die Kriegs/Nachkriegserlebnisse gesprochen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28. Ich konnte die Kindheitserlebnisse in der Lehranalyse verarbeiten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Ich habe eine zweite Analyse gemacht, u.a. aus dem Grund, weil mich diese Erlebnisse immer noch beeinträchtigen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30. Die Erinnerungen wurden bei mir anlässlich bestimmter Weltereignisse (z.B. 11. September) reaktiviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31. Mein Interesse an der Psychoanalyse wurde durch diese Kriegskindheit beeinflusst*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
32. Die Erinnerungen an den Krieg sind erst an bestimmten Stellen meines Lebenszyklus aufgetaucht (z.B. ab der Lebensmitte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Ich erlebe mich noch immer durch meine Kriegskindheit beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

\* Diese Fragen sollen nur von Psychotherapeuten beantwortet werden.

**Bitte lesen Sie abschließend folgende Hinweise**

Anhang Basis-IV

Im Rahmen unserer Kriegskindheitsstudie beabsichtigen wir, mit einigen Beteiligten eine persönliche Befragung durchzuführen.

Diese wird mit jedem Teilnehmer etwa zwei Stunden Dauer beanspruchen.

Sollten Sie bereit sein, sich daran zu beteiligen, dann füllen Sie bitte die folgende "Bereitschafts-Erklärung zum Interview" aus und schicken Sie diese zusammen mit diesem Bogen an uns zurück. Wir werden uns dann mit Ihnen in Verbindung setzen und einen Termin mit Ihnen vereinbaren.

In diesem Falle setzen wir Ihr Einverständnis voraus, dass wir auch diesen Fragebogen mit in die – selbstverständlich völlig anonymisierte – Gesamtauswertung mit einbeziehen können.

Wir sichern Ihnen völlige Vertraulichkeit aller Informationen zu! Im übrigen können Sie jederzeit die Untersuchung abbrechen und verlangen, dass die Informationen nicht für die Auswertung verwendet werden.

**Bereitschafts-Erklärung zum Interview**

an die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik  
der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München

Ich bin bereit, an einem persönlichen Interview im Rahmen des Kriegskindheitsprojekts teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet wird.

Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Angaben im "Fragebogen zur Kriegskindheit" mit in Gesamtauswertung einbezogen wird.

Mir wird von der Abteilung völlige Vertraulichkeit aller Informationen zugesichert.

Im übrigen kann ich jederzeit die Untersuchung abbrechen und verlangen, dass die Informationen nicht für die Auswertung verwendet werden.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ am besten erreichbar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*Bitte schicken Sie diese Kopie ggf. mit zurück*

**Bitte lesen Sie abschließend folgende Hinweise**

Anhang Basis-IV

Im Rahmen unserer Kriegskindheitsstudie beabsichtigen wir, mit einigen Beteiligten eine persönliche Befragung durchzuführen.

Diese wird mit jedem Teilnehmer etwa zwei Stunden Dauer beanspruchen.

Sollten Sie bereit sein, sich daran zu beteiligen, dann füllen Sie bitte die folgende "Bereitschafts-Erklärung zum Interview" aus und schicken Sie diese zusammen mit diesem Bogen an uns zurück. Wir werden uns dann mit Ihnen in Verbindung setzen und einen Termin mit Ihnen vereinbaren.

In diesem Falle setzen wir Ihr Einverständnis voraus, dass wir auch diesen Fragebogen mit in die – selbstverständlich völlig anonymisierte – Gesamtauswertung mit einbeziehen.

Wir sichern Ihnen völlige Vertraulichkeit aller Informationen zu! Im übrigen können Sie jederzeit die Untersuchung abbrechen und verlangen, dass die Informationen nicht für die Auswertung verwendet werden.

**Bereitschafts-Erklärung zum Interview**

an die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik  
der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München

Ich bin bereit, an einem persönlichen Interview im Rahmen des Kriegskindheitsprojekts teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet wird.

Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Angaben im "Fragebogen zur Kriegskindheit" mit in Gesamtauswertung einbezogen wird.

Mir wird von der Abteilung völlige Vertraulichkeit aller Informationen zugesichert.

Im übrigen kann ich jederzeit die Untersuchung abbrechen und verlangen, dass die Informationen nicht für die Auswertung verwendet werden.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ am besten erreichbar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*diese Kopie ist für Ihre Unterlagen bestimmt!*

## 9.2. Traumafragebogen mPDS

Bitte benennen Sie im folgenden die drei schlimmsten Erlebnisse Ihrer Kriegskindheit:

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

Welches von den drei Erlebnissen war das Schlimmste? Nr. ☐

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen *für das schlimmste Erlebnis*.

Wie alt waren Sie, als Sie dieses schlimmste Erlebnis hatten? ☐ ☐ Jahre

Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen **JA** oder **NEIN** an:

Während des schlimmsten Erlebnisses ...

	JA	NEIN
... wurden Sie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde jemand anderes körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dachten Sie, daß Ihr Leben in Gefahr sei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dachten Sie, daß das Leben einer anderen Person in Gefahr sei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlten Sie sich hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie starke Angst, oder waren Sie voller Entsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0 – 3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei bitte immer auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.**

**Dabei bedeutet**      **0** =    Überhaupt nicht oder nur einmal im Monat

1 = Einmal pro Woche oder seltener/ manchmal

2 = 2 bis 4 mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit

3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

1. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?
2. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume von dem Erlebnis?
3. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?
4. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig, usw.)?
5. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden?
6. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?
7. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?
8. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Konnten Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?
9. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie diese deutlich seltener unternommen?
10. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?
11. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?
12. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Hatten Sie das Gefühl, daß sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. daß Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder nicht lange leben werden)?
13. 

0	1	2	3
---	---	---	---

 Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?

14. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche?
15. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?
16. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)?
17. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?

**Wann nach dem schlimmsten Erlebnis traten diese Probleme auf?**

(Bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

☐ innerhalb der ersten 6 Monate ☐ nach 6 Monaten oder später

Dauern diese Probleme bis heute an?

☐ Ja ☐ Nein, diese Probleme dauerten ca. bis .....

**Bitte geben Sie an, ob die oben genannten Probleme Sie in den unten angeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.**

	JA	NEIN
Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeit und Haushaltspflichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zu Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltung und Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Hoch-)Schule oder Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen zu Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Erotik und Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Lebenszufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben bestimmte Erfahrungen in der Sowjetischen Besatzungszone und späteren DDR die oben genannten Probleme wieder hervorgerufen oder verschlechtert?

☐ **JA** ☐ **NEIN**

Wenn Sie die letzte Frage mit „JA“ beantwortet haben, beschreiben Sie diese Erfahrungen:

---

Wenn Sie im Fernsehen Berichte über Kriege der jüngeren Vergangenheit schauen (z.B. Irakkrieg, Tschetschenien o.a. Kriegsschauplätze), führt das zu einer erneuten Verschlechterung der oben genannten Probleme?

☐ Ja ☐ Nein



### 9.3. Kategoriensystem kriegsbedingter Erfahrungen

#### Kategoriensystem für kriegsbedingte Erfahrungen\*

<b>A</b>	<b>Nationalsozialismus</b>
A1	Mitgliedschaft des Vaters in einer NS-Organisation (S. 2)
A2	Mitgliedschaft der Mutter in einer NS-Organisation (S. 3)
A3	Mitgliedschaft der Stief-, Pflegemutter oder anderen Mutterersatzes in einer NS-Organisation (S. 3)
<b>B</b>	<b>Militärische Angriffe auf Zivilisten</b>
B1	Ausbombung (S. 5)
B2	Bombardierungen (S. 5)
B3	Fliegerangriffe (S. 5)
B4	Eigenes kriegsbezogenes traumatisches Erlebnis in der Kriegszeit oder kurz danach (S. 5)
<b>C</b>	<b>Erkrankungen</b>
C1	Eigene Krankheit (S. 5)
<b>D</b>	<b>Flucht und Vertreibung</b>
D1	Flucht (S. 5)
D2	Vertreibung (S. 5)
<b>E</b>	<b>Mangelerfahrungen</b>
E1	Hunger (S. 5)
E2	Armut (S. 5)
E3	Hunger, Kälte, Armut in der Nachkriegszeit (S. 6)
<b>F</b>	<b>Trennung und Unvollständigkeit der Familie</b>
F1	Abwesenheit des Vaters wegen Kriegsteilnahme (S. 2)
F2	Abwesenheit des Vaters wegen Kriegsgefangenschaft (S. 2)
F3	Abwesenheit des Vaters wegen anderer Gründe (S. 2)
F4	Verlust des Vaters wegen Kriegsfolgen (gefallen oder vermisst, für tot erklärt) (S. 2)
F5	Verlust des Vaters, falls im Kriege verstorben (S. 2)
F6	Abwesenheit des Stief-, Pflegevaters oder anderen Vaterersatzes wegen Kriegsteilnahme (S. 2)
F7	Abwesenheit des Stief-, Pflegevaters oder anderen Vaterersatzes wegen Kriegsgefangenschaft (S. 2)
F8	Abwesenheit des Stief-, Pflegevaters oder anderen Vaterersatzes wegen anderer Gründe (S. 2)
F9	Verlust des Stief-, Pflegevaters oder anderen Vaterersatzes wegen Kriegsfolgen (gefallen oder vermisst, für tot erklärt) (S. 2)
F10	Verlust des Stief-, Pflegevaters oder anderen Vaterersatzes, falls im Kriege verstorben (S. 2)
F11	Kriegsbedingte Trennung von der Mutter (S. 3)
F12	Krankheitsbedingte Trennung von der Mutter (S. 3)
F13	Andere Gründe für die Trennung von der Mutter (S. 3)
F14	Verlust der Mutter, falls im Kriege verstorben (S. 3)
F15	Kriegsbedingte Trennung von der Stief-, Pflegemutter oder anderen Mutterersatzes (S. 3)
F16	Krankheitsbedingte Trennung von der Stief-, Pflegemutter oder anderen Mutterersatzes (S. 3)
F17	Andere Gründe für die Trennung von der Stief-, Pflegemutter oder anderen Mutterersatzes (S. 3)
F18	Verlust der Stief-, Pflegemutter oder anderen Mutterersatzes, falls im Kriege verstorben (S. 3)
F19	Verlust von Geschwister durch Kriegseinwirkung oder als Kriegsfolge (S. 4)
F20	Trennungen von der Familie (S. 5)
<b>G</b>	<b>Zeuge eines Traumas</b>
G1	Zeuge eines Traumas anderer (S. 5)

\* Veränderte Fassung der Haupt- und Feinkategorien des Kategoriensystems, Geburtskohorte 1936 - 1946 von Hughes und Katz

## 10. Erklärung

Ich erkläre, dass ich die an der Medizinischen Fakultät der LMU München zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

**Kriegskindheit im Zweiten Weltkrieg und heutige  
psychosomatische Belastung durch posttraumatische und  
komorbide Symptome**

in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Direktor Prof. Dr. H. J. Möller) der Ludwig-Maximilians-Universität München unter Betreuung von Prof. Dr. M. Ermann ohne sonstige Hilfe durchgeführt habe und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die aufgeführten Hilfen verwendet habe.

Ich habe die Dissertation bisher an keiner anderen in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel bisher noch nicht erworben habe.

Planegg, den 16.11.2008

Andrea Bauer

## 11. Lebenslauf

**Name:** Andrea Bauer, geb. Braun  
**Adresse:** Ruffiniallee 21, 82152 Planegg  
**Geburtsdatum:** 19.04.1971  
**Geburtsort:** Lehrte  
**Familienstand:** verheiratet, zwei Kinder

**Schulbildung:**

1977-1979 Grundschule An der Masch, Lehrte  
1997-1983 Orientierungsstufe Lehrte Süd  
1983-1990 Gymnasium Lehrte  
Mai 1990 Allgemeine Hochschulreife

**Hochschulstudium:**

1990-1997 Studium der Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover  
9/ 1992 Physikum  
8/ 1993 1. Staatsexamen  
9/ 1996 2. Staatsexamen  
11/ 1997 3. Staatsexamen

**Berufsausübung:**

12/ 1997-5/ 1999 Ärztin im Praktikum im Vinzenzkrankenhaus Hannover, Chirurgie  
01.06.1999 Approbation  
seit 6/ 1999 Assistenzärztin in der Psychosomatischen Klinik Windach  
seit 7/ 2004 Elternzeit  
10/ 2005 Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin  
seit 10/ 2008 Niedergelassen als Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin im  
Jobsharing mit Dr. med. H. Burkhardt in München.

Planegg, den 16.11.2008

Andrea Bauer